AUDITORIAS DO TCU RELATIVAS À SAÚDE

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

Ministro Bruno Dantas, Presidente em exercício
Ministro Walton Alencar Rodrigues
Ministro Benjamin Zymler
Ministro Augusto Nardes
Ministro Aroldo Cedraz
Ministro Vital do Rêgo
Ministro Jorge Oliveira
Ministro Antonio Anastasia

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Ministro Augusto Sherman
Ministro Marcos Bemquerer
Ministro Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva, Procuradora-Geral
Lucas Rocha Furtado, Subprocurador-Geral
Paulo Soares Bugarin, Subprocurador-Geral
Marinus Eduardo de Vries Marsico, Procurador
Júlio Marcelo de Oliveira, Procurador
Sergio Ricardo Costa Caribé, Procurador
Rodrigo Medeiros de Lima, Procurador

AUDITORIAS DO TCU RELATIVAS À SAÚDE

SUMÁRIO

Sustentabilidade do SUS.....5

Relatório de Auditoria no Hospital Federal da Lagoa - HFL.....7

Projeto Eficiência Hospitalar.....10

Relatório Acompanhamento Covid - 7º ciclo.....14

Acompanhamento Covid 1º ao 7º ciclo.....186

Relatório Acompanhamento Eficiência Hospitalar.....235

Relatório Auditoria Piloto HFL Eficiência Hospitalar.....284

Relatório de Auditoria Covênios Funasa.....327

Trabalhos relevantes da SecexSaúde em andamento ou previstos.....416

SUSTENTABILIDADE DO SUS

EM RESUMO:

Por que o trabalho foi realizado?

Um debate qualificado sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para antecipar eventuais agravamentos dos níveis de assistência, assim como para buscar alternativas atenuantes ou mitigadoras. O Brasil enfrenta um cenário de déficit fiscal em todas esferas de governo, bem como contextos de envelhecimento populacional, de inflação dos insumos de saúde, assim como de incorporação de novas tecnologias em saúde. Um eventual colapso financeiro do sistema público de saúde tende a impactar o bem-estar de inúmeras famílias.

Objetivo e escopo

Objetivou-se levantar informações que pudessem contribuir para a definição das despesas que a sociedade brasileira tem condições e se dispõe a custear a título de ações e serviços públicos de saúde. O escopo englobou traçar um panorama sobre os gastos nacionais com saúde; conhecer o cenário fiscal do país; mensurar o nível de assistência atual; projetar os possíveis impactos decorrentes da inflação e do envelhecimento da população; colher informações acerca da judicialização na saúde; e comparar o modelo de saúde pública do Brasil com o de outros países.

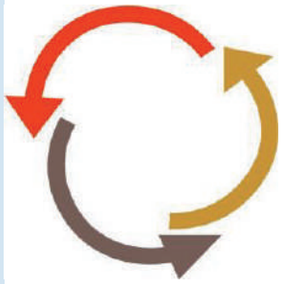
Metodologia

Foram realizadas pesquisas bibliográficas, estudos da legislação, reuniões com gestores e técnicos e pesquisas em sistemas oficiais. Além disso, foram desenvolvidas as técnicas de diagnóstico, como Análise Swot e o Diagrama de Verificação de Riscos, para ponderação dos riscos decorrentes das fraquezas e ameaças detectadas.

Sustentabilidade do sistema público de saúde

Os gastos em ações e serviços públicos de saúde atingiram R$ 271,8 bilhões em 2018 (3,98% do PIB).

Principais conclusões



Existem indícios de insustentabilidade do modelo atual do SUS, o que exigirá um profundo debate acerca desse modelo. Apesar de o sistema público de saúde brasileiro se propor a ser universal, gratuito e integral, observaram-se evidências de desassistência, assim como uma realidade em que a maior parte dos gastos com saúde possui origem privada. Ademais, há uma tendência de aumento da necessidade de recursos em razão da mudança do perfil demográfico da população e de aspectos inflacionários o que, associado ao cenário fiscal desfavorável à ampliação de gastos, pode agravar ainda mais a desassistência verificada na atualidade. Esse quadro desfavorável ainda sofre o agravamento decorrente de custos diretos e indiretos das demandas judiciais que têm sido geradas pelo modelo brasileiro. Além disso, constatou-se que países com valores de PIB *per capita* superiores ao do Brasil possuem regras mais rigorosas em relação ao acesso do sistema de saúde público e à cobertura dos serviços ofertados. Acrescenta-se a isso o fato de, na maioria desses países, haver a cobrança de coparticipações dos usuários do sistema.

Estimou-se que, somente na esfera federal, haveria a necessidade de ampliar os gastos em R$ 31,7 bilhões em 2017, de maneira a suprir o déficit assistencial estimado. Assim, em 2017, a União aplicou R$ 115,26 bilhões, mas precisaria aplicar R$ 146,94 bilhões. Ao se projetar esses valores até 2030, considerando a inflação e o envelhecimento populacional, esses montantes passariam, respectivamente, para R$ 219,48 bilhões e R$ 277,01 bilhões.

Ademais, nos últimos anos, houve um aumento dos repasses do governo federal para os municípios. Entretanto, esse aumento de transferência de recursos não foi acompanhado de ações que permitissem aferir a correção dessa estratégia. Ao reverso, houve descontinuação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), conjunto de indicadores simples e compostos que buscavam fazer o monitoramento e a avaliação do desempenho do Sistema.

Encaminhamento

Com o intuito de aperfeiçoar a definição de prioridades de investimentos, o planejamento orçamentário nos três níveis de governo, assim como fomentar o controle social, recomendou-se instituir um conjunto de indicadores globais para medir e avaliar a qualidade e o nível de cobertura assistencial do SUS nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, de modo a identificar carências assistenciais, reconhecer diferenças regionais, demonstrar dados de acesso e resultado, permitir aferição global e viabilizar classificação dos entes federados.

Julgado: Acórdão 1.487/2020-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

RELATÓRIO DE AUDITORIA NO HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA - HFL

RELATÓRIO DE AUDITORIA NO HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA - HFL

Por que a auditoria foi realizada?

Riscos de insustentabilidade na situação fiscal do SUS somados a indícios de ineficiência elevada na média e alta complexidade são os motivos que levaram o TCU a fomentar ações de controle em todo o país nos hospitais do SUS para coibir desperdícios nessas unidades.

A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e os seus resultados possam ser consolidados e compartilhados no site *eficienciana saude.org*, está sendo testado um referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos.

O referido documento tem como base a identificação dos principais riscos à entrega de valor para o usuário dos serviços.

Esta auditoria no Hospital Federal da Lagoa representa a primeira abordagem do TCU, a qual contou com a parceria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, para testar os procedimentos preconizados no aludido referencial.

Site eficienciana saude.org

O site, atualmente, apresenta conteúdo para dar suporte às futuras auditorias sobre a eficiência dos hospitais.

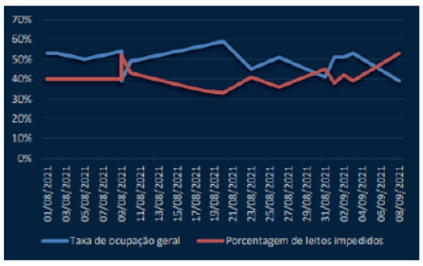
Em breve, pretende-se incluir informações sobre os trabalhos realizados no tema.

O que foi encontrado na auditoria?

Ineficiência na gestão de pessoal

O HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em seu perfil de qualificação, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos.

Evolução dos leitos impedidos no HFL em agosto de 2021



Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade.

O regime de contratação de pessoal temporário utilizado para manter 37 % da força de trabalho tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada.

Existem também problemas relacionados ao envelhecimento dos servidores efetivos, os quais não têm sido repostos desde 2010.

Evolução histórica da força de trabalho do HFL

Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e resposta aos Ofício Fiscalis 107/2021 – 1.

O que foi encontrado na auditoria?

Potenciais incentivos para o HFL ajustar sua oferta à demanda de serviços

Fonte: elaboração própria com base nas informações levantadas na construção da visão geral do objeto.
Ícones fornecidos por Flaticon.com.

Ineficiência alocativa

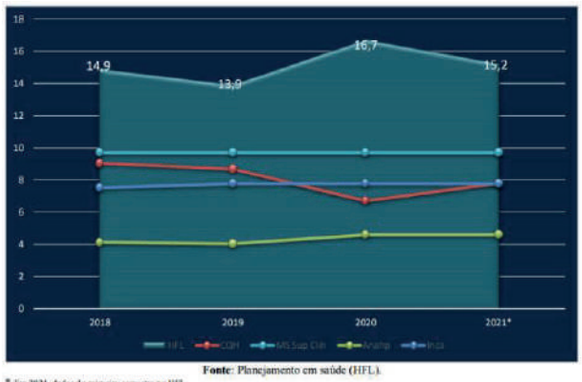
Há dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão.

A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação e ter dificuldades na contrarreferência de pacientes.

A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde.

A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, consequentemente, não direciona as ações assistenciais para satisfação do seu usuário.

Tempo médio de permanência nas internações clínicas



Fonte: Planejamento em saúde (HFL).

* Em 2021, dados do primeiro semestre no HFL.
Parâmetro de CQH foi o de julho de cada ano.
MS Sup Clin. representa o limite superior do parâmetro para pacientes acima de 60 anos em leitos clínicos.
Anahp e Inca ainda não têm parâmetros para 2021. Sendo assim, repetiu-se o valor de 2020.

Aspectos operacionais

O tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL estão acima dos parâmetros de boas práticas, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes.

A taxa de cancelamento cirúrgico de cerca de 18% é elevada, sendo mais que o dobro do que a referência internacional de 8%, especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial.

Isso se dá por diversos motivos, dentre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI.

O que foi proposto no encaminhamento?

Especialmente, recomendar à União estudos para redefinição do modelo de gestão do HFL para viabilizar: a redefinição do perfil assistencial, considerando-se as reais demandas da população; a instituição de um modelo de gestão de pessoas que consiga proporcionar flexibilidade no recrutamento de pessoal, a especialização do corpo técnico e a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão.

PROJETO EFICIÊNCIA HOSPITALAR

Por que eficiência hospitalar?

O projeto eficiência na saúde teve início a partir da necessidade, percebida pelo TCU, de se induzir maior eficiência nos serviços assistenciais de saúde do SUS, especialmente aqueles prestados por hospitais, objeto da primeira fase do projeto.

Entidades internacionais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e o Banco Mundial têm apontado que há margem significativa para aumento da eficiência (técnica, alocativa e/ou de escala) no uso dos recursos públicos destinados a sistemas de saúde e, especialmente, a hospitais.

Essas conclusões, junto com os riscos de sustentabilidade do SUS, chamaram a atenção do TCU, resultando num dos trabalhos que compuseram a gênese do projeto, o levantamento realizado entre 2019 e 2020, que culminou no Acórdão 1.108-TCU-Plenário da relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

Qual estratégia pensada?

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existiam 7.261 hospitais no Brasil em dez/2020. Para alcançar e impactar de forma relevante esse universo, é fundamental construir parcerias entre as instâncias de controle do país.

Diante disso, a estratégia pensada é construir linguagem e abordagem de auditoria comum entre essas instâncias de controle, a fim de que seja possível consolidar as informações e amadurecer o tema de forma colaborativa e conjunta.

De forma mais concreta, para esse fim, foi elaborada uma **minuta de referencial de auditoria sobre eficiência hospitalar**. Em 2021, este documento está sendo testado por instituições de controle parceiras, que incluem o SUS e o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Também participam das discussões nessa fase piloto, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, os Tribunais de Contas de Santa Catarina e do Rio de Janeiro e a Controladoria-Geral do Estado de Mato Grosso.

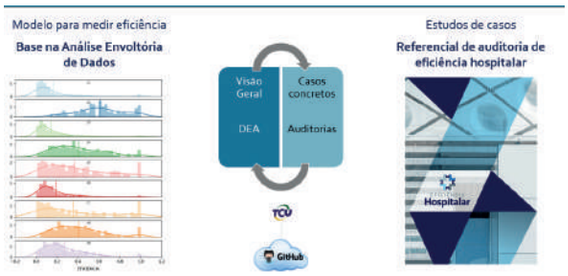
A partir do momento em que os pilotos forem concluídos, pretende-se obter a versão final deste referencial. E seguida, este documento será disponibilizado para todos os órgãos de controle que auditam hospitais do SUS.

Após a construção desta linguagem em comum, todas as equipes de auditoria poderão alimentar formulários de consolidação e contribuir para o enriquecimento das informações levantadas.

Assim, espera-se identificar os principais problemas associados à ineficiência nos hospitais e as boas práticas eventualmente detectadas pelas equipes de auditoria. Esses resultados e outros materiais serão compartilhados no site *eficiencianasaude.org*.

Baixos índices de eficiência técnica relativa dos hospitais gerais do SUS apontados pelo Banco Mundial mediante modelo de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*) motivaram a realização de levantamento de auditoria pelo TCU (TC 015.993/2019-1), o qual propôs outro modelo de *DEA*. Esse modelo computou índice médio de eficiência técnica relativa para 2019 similar ao calculado pelo Banco Mundial (~0,30), porém em universo maior de hospitais (todos os hospitais públicos do SUS) e valeu-se de algoritmo de *clusterização* para agrupar os hospitais em grupos homogêneos.

O Acórdão 1.108/2020-TCU-Plenário aprovou a criação de linha de investigação em eficiência hospitalar e a disponibilização do modelo *DEA* desenvolvido na linguagem de programação *Python*. Para replicar o estudo, acesse o conteúdo em: *GitHub - SecexSaudeTCU/EficienciaSUS*.



Para ampliar o conhecimento sobre o tema, o TCU, por meio do Instituto Serdezello Corrêa (ISC), promoveu em 2021 o curso "Gestão e Eficiência Hospitalar", ministrado pelo médico especialista M.P.S. Welfane Cordeiro Júnior. Esse treinamento contou com a participação de 58 alunos (18 do TCU, 16 do Denasus, 7 do TCE-SP, 5 do TCE-SC, 4 da Ebserh, 4 da CGE-MT, 2 do TCE-RJ, 1 do TCE-RN e 1 da SES-MG).

O objetivo deste curso foi, dentre outros, capacitar colaboradores do projeto Eficiência Hospitalar.

O projeto pretende contribuir para o amadurecimento do tema, não só entre instituições de controle, mas em conjunto com outros atores importantes, tais como acadêmicos e gestores.

Essa aproximação foi iniciada com os gestores do Ministério da Saúde por meio de um acompanhamento sobre suas eventuais ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar no SUS (TC 039.551/2020-2).

O primeiro ciclo do trabalho já foi concluído, com a apreciação do TCU por meio do Acórdão 2428/2021-TCU-Plenário da relatoria do Ministro Benjamin Zymler. Por meio deste trabalho, o TCU definiu os objetos de acompanhamento e, diante disso, buscará verificar especialmente se:

a) o processo de revisão normativa é capaz de tornar claro o papel do Ministério sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e que sejam úteis para a tomada de decisão;

b) o projeto DRG-SUS (*Diagnosis Related Groups*) priorizou os principais problemas relacionados ao atual modelo de financiamento, compreendendo suas causas e efeitos, e inseriu ações na agenda para corrigi-los no futuro modelo, permitindo que se construa um parâmetro seguro no financiamento da atenção especializada; e

c) o processo de formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange à média e alta complexidade prestada por hospitais.

O segundo ciclo deste trabalho iniciará em 2022.

Eficiência na saúde

PROJETO EFICIÊNCIA HOSPITALAR

PRÓXIMOS PASSOS

Sobre o **Referencial de Auditoria sobre Eficiência Hospitalar**

MAR 2022 – *Workshop* envolvendo equipes que realizaram auditoria piloto para testar o Referencial de Auditoria sobre Eficiência Hospitalar.
Objetivo: ajustar o documento com base nas experiências vividas.

MAI e JUN 2022 – Curso online para equipes de auditoria de todo o país sobre a versão final do Referencial de Auditoria sobre Eficiência Hospitalar.
Objetivo: divulgação do referencial e inclusão de novos parceiros.

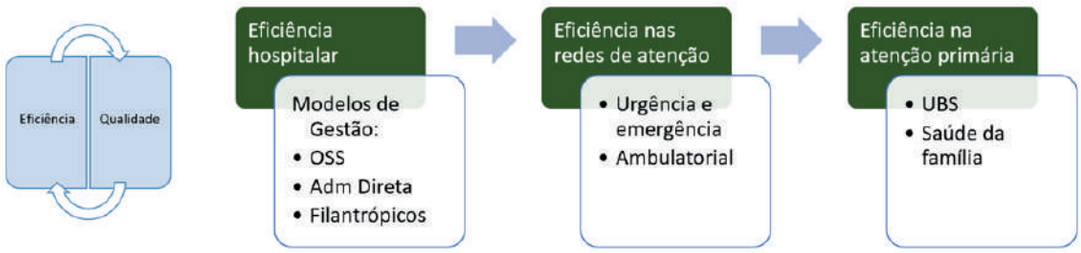
JUL 2022 à NOV 2023 – Primeiro conjunto de auditorias paralelas em hospitais de todo o país com aplicação do novo Referencial de Auditoria sobre Eficiência Hospitalar.
Objetivo: identificar problemas e eventuais boas práticas.

Sobre o **Acompanhamento no Ministério da Saúde** acerca de suas eventuais ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar no SUS.

NOV 2021 – Reunião de alinhamento de expectativas entre a equipe de fiscalização e os gestores do Ministério da Saúde.
Objetivo: exposição dos objetos a serem acompanhados e dos critérios eleitos para analisar os resultados do trabalho.

2022 – **Ciclo 2**: encontros de trabalho periódicos entre a equipe de fiscalização e os gestores do Ministério da Saúde.
Objetivo: requisição de informações acerca dos objetos a serem acompanhados como base para construção de relatório.

Visão de **futuro**



RELATÓRIO ACOMPANHAMENTO COVID - 7º CICLO

GRUPO II – CLASSE V – Plenário
TC 015.125/2021-1 [Apensos: TC 000.661/2021-0, TC 021.894/2021-3, TC 039.026/2021-3, TC 036.323/2021-7, TC 019.097/2021-2, TC 020.811/2021-7, TC 043.965/2021-0, TC 016.191/2021-8, TC 012.390/2021-6, TC 038.172/2021-6, TC 000.344/2021-4, TC 015.675/2021-1, TC 037.621/2021-1, TC 038.517/2021-3, TC 014.192/2021-7, TC 022.096/2021-3, TC 015.126/2021-8].
Natureza: Relatório de Acompanhamento.
Órgãos/Entidades: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde
Interessados: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (03.112.386/0001-11); Secretaria-executiva do Ministério da Saúde (00.394.544/0173-12).
Representação legal: Jorge André Ferreira de Moraes (OAB/RJ 148.800) e Dimitri Leal Gasos (OAB/SP 232.506), representando Fundação Oswaldo Cruz.

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO. 7º CICLO. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE GOVERNANÇA E GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19. AVALIAÇÃO DOS ATOS DE DESPESA PÚBLICA, QUANTO AOS ASPECTOS DE LEGALIDADE, LEGITIMIDADE, ECONOMICIDADE, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE. DEFICIÊNCIA DE PLANEJAMENTO NO ENCERRAMENTO DA ESPIN. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES DOS INDICADORES DE VACINAÇÃO E DOS CASOS DA SÍNDROME PÓS-COVID-19. CONTRATAÇÃO IRREGULAR DE MEDICAMENTOS IOT. IMPOSSIBILIDADE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS PAINÉIS DO FNS. AUSÊNCIA DE NORMAS QUE REGULEM O CÁLCULO DAS INDENIZAÇÕES DEVIDAS NAS REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS. DETERMINAÇÃO. RECOMENDAÇÕES. EXPEDIÇÃO DE CIÊNCIA. PROVIDÊNCIAS INTERNAS. NOTIFICAÇÃO DA DECISÃO.

RELATÓRIO

Adoto como relatório a instrução de mérito elaborada no âmbito da Secretaria de Controle Externo da Saúde – SecexSaúde (peça 605), que contou com a anuência do escalão gerencial da referida unidade técnica (peças 606 e 607), a seguir transcrita com os ajustes de forma pertinentes:

1 - INTRODUÇÃO

1. Tratam os autos do sétimo relatório do acompanhamento instaurado com o objetivo de dar continuidade à fiscalização realizada no âmbito do processo TC 014.575/2020-5, para avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde (MS) para o combate à crise gerada pela Covid-19 e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo ministério e órgãos e entidades a ele vinculados, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade, a partir da Questão de Ordem deliberada na Sessão de 12/5/2021.

2. O escopo do acompanhamento neste sétimo ciclo envolve aspectos de governança, orçamento, contratos, requisição administrativa e vacinação, selecionados a partir de levantamento de riscos, que resultou em dez questões de auditoria que integram a matriz de planejamento (peça 538). No quadro abaixo, apresentam-se as questões de auditoria por tema tratado:

Quadro 1 - Questões de auditoria agrupadas por tema

GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA GERADA PELO CORONAVÍRUS
Q1 - O Ministério da Saúde possui indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para nortear sua atuação no combate à pandemia como coordenador das ações de saúde junto aos entes subnacionais, relacionados à situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), prevista no artigo 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, em consonância com o artigo 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990 c/c artigo 11, inciso VIII, do Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017? Q9 - Em que medida o Ministério da Saúde está apoiando os entes federativos para manter estrutura adequada para atender as demandas dos casos de Pós-covid, ao mesmo tempo que prestam os serviços de saúde decorrentes das demandas ordinárias e dos casos de Covid-19 de acordo com o art. 16, item XIII da Lei 8.080/1990? Q10 - Em que medida o Ministério da Saúde, no exercício de suas competências de planejamento, coordenação e execução das ações de saúde no caso de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), está adotando providências para manter estrutura adequada para atender as demandas dos casos de Covid-19 resultantes de variantes de preocupação que gerem aumento acelerado de casos, a exemplo da variante Ômicron, nos termos dos artigos 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990, e 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011?
ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS
Q2 - Em que medida os recursos orçamentários destinados para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 previstos na LOA/2022 para o Ministério da Saúde são compatíveis para suportar a execução das despesas específicas para o combate à Covid-19, no ano de 2022, conforme preconiza o art. 10, § 1º, inciso I do Decreto 7.616/2011?
ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS RELATIVOS À COVID-19
Q3 - Em que medida os controles adotados pelo Ministério da Saúde em seus processos de contratações de equipamentos, medicamentos e insumos relacionados ao enfrentamento da Covid-19 estão sendo capazes de evitar a aquisição de produtos e serviços desnecessários ou necessários, mas em quantidades além ou aquém à necessária ou, ainda, por preços excessivamente superiores aos tradicionalmente adquiridos no mercado, o que poderá levar a contratações ineficientes e antieconômicas pela referida unidade jurisdicionada, em prejuízo do interesse público e do erário, conforme preconiza os artigos 3º , 24 e 25 da Lei 8.666/1993, 1º da Lei 10.520/2021, art. 1º do Decreto 7.892/2013, Portaria SEGES/ME

8.678/2021, Orientação Normativa SEGES 2/ 2016, Instrução Normativa SEGES/ME 67/2021, Instrução Normativa 73/2020 e Portaria SEGES/ME 8.678/2021?

Q4 - Em que medida os controles realizados pelo Ministério da Saúde na execução dos processos de contratação de equipamentos, medicamentos e insumos são adequados para verificar se os itens adquiridos em quantidade, qualidade e valores estão de acordo com os processos de contratação, nos termos dos art. 66 a 80 da Lei 8.666/1993 e art. 6º da Portaria SEGES/ME 8.678/2021?

Q5 - Em que medida o Ministério da Saúde tem buscado providências para mitigar a não cobertura de circunstâncias impeditivas para acionamento do contrato de seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação contra a Covid-19, nos termos do artigo 787 do Código Civil de 2002?

Q6 - Em que medida os controles e a coordenação realizados pelo Ministério da Saúde no planejamento e na execução do programa Vigiar-SUS são adequados para atingir a eficiência do programa e ao mesmo tempo realizar contratações de bens e serviços a preços vantajosos para a Administração, nos termos dos art. 66 a 80 da Lei 8.666/1993, e Portaria GM/MS 1.802/2021?

REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA

Q7 - As requisições administrativas de equipamentos, medicamentos e insumos pelo Ministério da Saúde foram realizadas nas situações de iminente perigo público para evitar a interrupção dos serviços médico-hospitalares públicos, nos termos art. 5º, inciso XXV da Constituição Federal, art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990 e artigo 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020?

PROCESSO DE VACINAÇÃO COVID

Q8 - Em que medida o Ministério da Saúde está exercendo o seu papel de coordenador das políticas públicas de saúde para fomentar o cumprimento das metas de vacinação de acordo com o estabelecido no PNO Covid-19?

Fonte: Elaboração própria. Imagens: Flaticon.com.

3. A metodologia utilizada para a coleta de informações foi a realização de entrevistas, indagações escritas, pesquisas documentais, extrações de dados dos sistemas corporativos públicos, e o exame das informações pautou-se em análise de conteúdo, exame documental e análise estatística de dados.

4. Em razão da característica dinâmica da pandemia e considerando que o acompanhamento das ações empreendidas pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) ter sido desenvolvido em momentos muito próximos da sua execução, buscaram-se evidências apropriadas e suficientes para emissão das conclusões sob os pontos de auditoria analisados, considerando-se os critérios e as premissas válidas naquele momento.

5. O acompanhamento teve seis relatórios desde o início desse trabalho em março de 2020, abordando inicialmente aspectos de governança e contratação, evoluindo para temática orçamentária, de transparência, comunicação e vacinação, conforme detalhado no Apêndice 2.

6. Este sétimo relatório de acompanhamento analisou as ações de governança empreendidas pelo Ministério da Saúde no cumprimento de suas atribuições de planejamento, execução e coordenação de ações durante a Espin com a utilização de indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, apoio para estruturação do SUS no atendimento Síndrome Pós-Covid e no enfrentamento das variantes de preocupação; os controles adotados pelo Ministério da Saúde em seus processos de contratação e execução de bens e serviços e de requisição administrativa; os

aspectos orçamentários e financeiros; a vacinação, no tocante ao cumprimento das metas de vacinação; e o monitoramento de deliberações do Tribunal envolvendo temáticas de governança, transparência, testagem, vigilância, comunicação, medicamentos e insumos e orçamento.

7. Foi ainda examinado o encerramento da Espin, formalizado pela Portaria GM/MS 913, de 22 de abril de 2022, ocorrência surgida quando o trabalho de auditoria estava em fase de elaboração de relatório.

8. Em razão do que dispõe o § 144 das Normas de Auditoria do TCU (NAT) e o art. 14 da Resolução TCU 315/2020, que estabelece que a unidade técnica instrutiva deve oportunizar aos destinatários das deliberações a apresentação de comentários sobre as propostas de determinação e/ou recomendação, foi encaminhado o relatório preliminar ao Ministério da Saúde, em 20/5/2022. Adicionalmente, foi realizada reunião para encerramento e apresentação dos achados em 6/5/2022, via plataforma *Teams*.

9. O presente relatório é constituído das seguintes partes: Introdução, Visão Geral do Objeto, Governança do Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia gerada pelo Coronavírus, Acompanhamento da execução dos contratos e requisições administrativas relativas à Covid-19, Aspectos orçamentários e financeiros, Processo de Vacinação, Conclusão, Encaminhamento e Apêndices.

2 -VISÃO GERAL DO OBJETO

10. Neste Relatório de Acompanhamento serão tratadas matérias relativas à governança, contratos, orçamento, vacinas, síndrome pós-Covid e monitoramento das deliberações do Tribunal para o enfrentamento da pandemia decorrente do novo Coronavírus. O detalhamento de informações relativas ao objeto do acompanhamento de auditoria consta do Apêndice 3.

2.1 - Governança

11. O Governo Federal criou o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, pelo Decreto 10.277, de 16 de março de 2020, que tem a finalidade de articulação da ação governamental e de assessoramento ao Presidente da República sobre as questões decorrentes da pandemia da Covid-19, e o Centro de Coordenação de Operações da Covid-19, pelo Decreto 10.289, de 24 de março de 2020, que tem a finalidade de coordenar as operações do Governo Federal. Este decreto foi revogado após o encerramento da Espin, pelo Decreto 11.077, de 20 de maio de 2022, publicado em 23/5/2022.

12. No âmbito interministerial, foi criado o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII, pelo Decreto 10.211, de 30 de janeiro de 2020, tendo por atribuições propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, sendo coordenado pelo Ministério da Saúde. Este grupo não atuou na Espin, uma vez que, por opção do Governo Federal, a coordenação das ações foi desenvolvida pelo Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Casa Civil (vide Apêndice 13).

13. No âmbito do Ministério da Saúde, para atender as políticas públicas de saúde como resposta à crise gerada pela pandemia, foram criados o Gabinete de Crise da Covid-19, pela Portaria GM/MS 3.190, de 26 de novembro de 2020, com finalidade de acompanhar e analisar os cenários relativos ao enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e o Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 (COE-Covid), pela Portaria GM/MS 3.190/2020, que alterou a Portaria GM/MS 188, de 3 de fevereiro de 2020, com a finalidade de planejar, organizar e coordenar medidas a serem empregadas durante a Espin. Com o encerramento da Espin pela Portaria GM/MS 913/2022, revogando a Portaria GM/MS 188/2020, foi extinto o COE-Covid.

14. Posteriormente, foi instituída a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), pelo Decreto 10.697/2021, com atribuição de coordenação das medidas a serem executadas durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do Coronavírus e de proposição das diretrizes nacionais e das ações de implementação das políticas de saúde para o enfrentamento da pandemia, cabendo-lhe a execução dessas atribuições em articulação com as demais secretarias finalísticas do Ministério da Saúde. Com o encerramento da

Espin, o órgão pode ser extinto e suas outras atribuições alocadas em unidades especializadas do ministério, a exemplo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

15. Além dessas estruturas específicas, o Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, já havia estabelecido a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, composta por órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, órgãos específicos singulares, órgãos colegiados e entidades vinculadas, cuja composição plena consta do Apêndice 4.

16. Essa estrutura para o enfrentamento da pandemia tem atuação ainda para o enfrentamento das condições pós-Covid, que geram manifestações clínicas subsequentes nos pacientes acometidos pela Covid-19, e no estabelecimento de ações para mitigar a entrada e a circulação no país de variantes de preocupação.

17. Para dar suporte à estrutura de governança e operacional do Ministério da Saúde e transparência aos registros públicos acerca dos recursos repassados, dos medicamentos, dos insumos e das vacinas, há multiplicidade de sistemas corporativos, a exemplo do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), Sistema de Informações de Insumos Estratégicos (Sies), Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), *Open*Datasus e *Tabnet*, bem como os painéis Covid e LocalizaSus.

18. Registre-se a ocorrência de incidente de segurança da informação nos sistemas corporativos do Ministério da Saúde nos dias 10, 12 e 13/12/2021, a exemplo do SI-PNI, e-Sus-Notifica, Sivep-gripe e SIM, o que causou a indisponibilidade dos sistemas por vários dias, bem como ensejou reiterados pedidos de prorrogação para atendimento dos ofícios de requisição (peças 223-227 e 337-339).

19. A Polícia Federal instaurou inquérito policial para apuração de autoria e materialidade dos crimes de invasão de dispositivo informático, interrupção ou perturbação de serviço informático, telemático ou de informação de utilidade pública e associação criminosa previstos na Lei 12.737/2012 (peça 340).

20. No âmbito do TCU, a situação está sendo tratada nos processos TC 016.459/2021-0, TC 036.301/2021-3 e TC 000.284/2022-0 (*vide* Apêndice 1).

2.2 - Contratos e requisições administrativas

21. Neste ciclo, foram examinados contratos que totalizam o volume estimado de recursos de R$ 95,6 milhões. Na tabela abaixo, apresenta-se o resumo dos contratos examinados, exclusive aquisição de vacinas.

Tabela 1 - Contratos examinados no sétimo ciclo de acompanhamento

Processo Contratação	Número Contrato	Objeto	Valor Global R$
25000.116006/2020-81	90/2021	FENTANILA, SAL CITRATO 0,05MG/ML	33.150.000,00
25000.090128/2020-30	88/2021	ATRACÚRIO BESILATO 10MG/ML	23.963.576,00
25000.116006/2020-81	91/2021	ATRACÚRIO BESILATO, 10MG/ML	22.512.286,20
25000.090128/2020-30	85/2021	SUXAMETÔNIO CLORETO 100MG	8.260.746,90
25000.116006/2020-81	81/2021	DEXMEDETOMIDINA CLORIDRATO 100MCG/ML	7.775.076,25
TOTAL			**95.661.685,35**

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados disponibilizados nos processos

22. A Tabela 2, por sua vez, relaciona os contratos firmados para aquisição de imunizantes e as doações obtidas, sendo contratadas, desde o início da vacinação até abril de 2022, em milhões de

doses: 110 da CoronaVac, 277,4 da AstraZeneca; 38 da Janssen, 222 da Pfizer; 13,8 do Consórcio *CovaxIFacility*; e 5,4 objeto de doação, totalizando mais de 778 milhões de doses de vacina, com dispêndio de mais de R$ 33 bilhões de reais. Neste ciclo, examinou-se o montante de R$ 7,5 bilhões em aquisição de vacinas (Aditivo Ted 35/2021 (Fiocruz), Contratos 281/2021 (Pfizer) e 50/2022 (Butantan).

Tabela 2 - Contratos de imunizantes adquiridos e doações obtidas até 30/4/2022

Fornecedor	Contratos	Preço (R$)	Preço (US$)	Qtd.	R$
Butantan CoronaVac	5/2021 e 14/2021	58,20	11,00	100.000.000	5.820.000.000,00
Butantan CoronaVac	Doação Butantan			2.000	
Butanan CoronaVac	Doação Conmebol			29.300	
Fiocruz-AstraZeneca	Etec	13,30	2,51	100.000.000	1.330.000.000,00
Fiocruz-AstraZeneca	IFA complementar	31,80	6,00	50.000.000	1.590.000.000,00
Fiocruz -AstraZeneca	TED 35/2021 e aditivo	34,18	6,45	25.000.000	854.750.000,00
Fiocruz -AstraZeneca	Vacinas para 2022	31,80	6,00	[6]98.446.020	3.130.583.436,00
Fiocruz-Serum	TED 1/2021	30,16	5,70	[1]3.999.600	120.627.936,00
AstraZeneca	Doação EUA			2.187.100	
Covax Facility AstraZeneca	85° TC / 8°TA / 2°TRR	23,85	4,50	9.122.400	217.569.240,00
Covax Facility CoronaVac	85° TC / 8°TA / 2°TRR	31,64	5,97	3.916.800	123.927.552,00
Covax Facility Pfizer				[7]842.400	
Covax Facility (a confirmar)				[2,7]23.510.999	
Janssen	51/2021	53,00	10,00	38.000.000	2.014.000.000,00
Janssen	Doação EUA			3.000.000	
Pfizer	52/2021	53,00	10,00	100.001.070	5.300.056.710,00
Pfizer	117/2021	63,60	12,00	99.999.900	6.359.993.640,00
Pfizer	281/2021	63,60	12,00	[3,4]100.000.050	6.360.003.180,00
Butantan	50/2022	37,10	7,00	[5]10.000.000	371.000.000,00
Total				**[8]768.057.639**	**33.592.511.694,00**

Fonte: elaboração própria. (Foi utilizado para fins de comparação o valor de R$ 5,30/US$).
Nota (1): foi estimado inicialmente adquirir 12.000.000 de doses, mas foram contratadas 3.999.600;
Nota (2): doses do mecanismo *Covax* serão destinadas à doação, conforme a Medida Provisória 1.081, de 20/12/2021;
Nota (3): possibilidade de adquirir mais 50.000.000 de doses;
Nota (4): contempla vacinas pediátricas;
Nota (5): contempla vacinas de uso infantil;
Nota (6): corresponde à diferença entre 273.445.020 e 175.000.000 (vacinas com IFA importado e nacional);
Nota (7): valores não foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde; e
Nota (8): além das 768.057.639 doses disponíveis para uso, foram utilizadas 14.010 para controle de qualidade.

23. Foram ainda objeto de análise R$ 160,3 milhões em requisições administrativas envolvendo equipamentos, medicamentos de intubação orotraqueal, seringas, agulhas, máscaras, usinas de oxigênio, luvas, ventiladores pulmonares, dentre outros, nos anos de 2020 e 2021, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Requisições administrativas para enfrentamento da Covid-19

Item	2020		2021	
	Quantidade	Valor R$	Quantidade	Valor R$
Agulhas	11.554.500	797.893,80	15.688.911	1.123.688,91
Bomba de infusão			110	767.600,00
Cilindros de Oxigênio			110	1.184.769,32

Equipo			12.520	223.591,10
Máscara de Oxigênio			6.600	216.364,00
Máscara de proteção	817.279	1.249.080,64		
Medicamentos de IOT			2.231.225	26.797.406,65
Monitor multiparâmetro			500	11.158.150,00
Oxigênio e transporte			470.706,4	8.609.220,06
Seringas	15.121.000	2.106.885,20	23.084.961	3.231.894,54
Transporte de oxigênio			3	315.200,55
Ventilador pulmonar	173	2.791.449,60	2.809	95.673.578,80
usina de oxigênio			7	3.680.000,00
Outros		427.750,08		
Total		**7.373.059,32**		**152.981.463,93**
Total 2020/2021				**160.354.523,25**

Fonte: processos de requisição do Ministério da Saúde

2.3 - Orçamento

24. No ano de 2020, constou dotação no orçamento da União para combate à pandemia na ordem de R$ 69,88 bilhões, dos quais R$ 63,74 bilhões foram destinados ao Ministério da Saúde, sendo criada a ação orçamentária 21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional no âmbito da Administração Pública Federal. Naquele ano, o orçamento total atualizado do Ministério da Saúde foi de R$ 185 bilhões, sendo empenhado R$ 162 bilhões, conforme informação do sítio Tesouro Gerencial (Figura 1).

25. Para o ano de 2021, não constou da lei orçamentária ação específica para alocação de recursos para o enfrentamento da pandemia, sendo utilizado o mecanismo de créditos adicionais extraordinários com a edição de medidas provisórias (MPs 1.032/2021, 1.041/2021, 1.043/2021, 1.048/2021, 1.062/2021 e 1.083/2021) com essa finalidade, na importância de R$ 31,9 bilhões. Foi também publicado o Decreto 10.595/2021 com a reabertura de crédito extraordinário aberto em 2020 no valor de R$ 19,9 bilhões, totalizando o valor de R$ 51,8 bilhões. Ao total, o orçamento do Ministério da Saúde foi de R$ 186,6 bilhões, sendo empenhado R$ 180 bilhões.

26. Para 2022, até 18/4/2022, não consta a abertura de créditos extraordinários para ações de enfrentamento da Covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde. De acordo com a LOA 2022, o Ministério da Saúde conta com a disponibilização de R$ 151 bilhões para serem gastos em ações e serviços públicos de saúde, sendo empenhado, até 31/3/2022, R$ 44,4 bilhões.

27. Na Figura 1, consta o comparativo do orçamento do Ministério da Saúde de 2020 a 2022.

Figura 1 - Orçamento do Ministério da Saúde

Item Informação	8	9	10	11	12	13	23
	PROJETO INICIAL DA LOA - FIXACAO DESPESA	DOTACAO INICIAL	DOTACAO SUPLEMENTAR	DOTACAO ESPECIAL	DOTACAO EXTRAORDINARIA	DOTACAO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS
Ano Lançamento	Saldo Atual	Saldo Atual	Saldo Atual	Saldo Atual	Saldo Atual	Saldo Atual	Saldo Atual
2022	134.479.618.997,00	146.666.689.315,00	289.286.670,00		4.463.129.369,00	151.129.818.684,00	44.473.403.931,64
2021	124.558.085.361,00	131.178.550.323,00	8.238.273.354,00	20.000.000,00	53.487.247.513,00	186.819.012.807,00	180.030.708.312,92
2020	122.188.483.959,00	125.234.358.514,00	5.191.515.611,00	2.353.691,00	67.455.364.867,00	185.070.476.652,00	162.394.990.350,23

Fonte: Tesouro Gerencial, disponível em https://tesourogerencial.tesouro.gov.br/ - acesso em 31/3/2022.

2.4 - Vacinas

28. Desde a confirmação do surgimento do novo Coronavírus (Sars-CoV-2), o Brasil e o restante

do mundo vêm buscando soluções para o enfrentamento da emergência epidemiológica, sendo a vacinação contra o vírus, até a presente data, a principal ferramenta preventiva para evitar a contaminação e reduzir os casos graves que levam à internação e a óbito.

29. No Brasil, compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizar o registro das vacinas contra Covid-10, bem como realizar a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, dessas vacinas, e ainda a dispensa de registro e da autorização de uso emergencial (AUE) e os procedimentos para importação e monitoramento das vacinas Covid-19 adquiridas pelo Ministério da Saúde.

30. As vacinas contra Covid-19 disponíveis decorrem dos seguintes instrumentos autorizativos: registro, a Autorização Temporária de Uso Emergencial (AUE), a importação excepcional ou pelo consórcio *Covax Facility*.

31. As vacinas que possuem registro definitivo no Brasil são os imunizantes da Pfizer, AstraZeneca e Janssen.

32. A vacina da Pfizer possui autorização para uso pediátrico, de 5 a 11 anos, possuindo dosagem de 10mcg, com tampa do frasco laranja. A dose adulta é de 30mcg, com tampa roxa. A vacina CoronaVac possui autorização temporária de uso emergencial para uso adulto e para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos.

33. Esclareça-se que a Anvisa registra e autoriza o uso dos imunizantes, depois de validar a documentação apresentada pelas farmacêuticas sobre a pesquisa desenvolvida, porém compete ao Ministério da Saúde autorizar a aplicação na população de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO).

34. A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 (CNV) teve início em 18/1/2021, um dia depois da autorização de uso emergencial da CoronaVac e da vacina da AstraZeneca (PNO, peça 421).

35. Na tabela abaixo, apresenta-se a quantidade de imunizantes recebida no ano de 2021 e 2022 e a previsão de recebimento até maio de 2022.

Tabela 4 - Quantidades de imunizantes entregues/previstas até maio/2022

Vacinas	Jan/dez 2021 (recebido)	Jan/2022 (recebido)	Fev/2022 (recebido)	Mar2022 (Recebido)	Abri/2022 (previsão)	Mai/2022 (previsão)	Total
AstraZeneca (Serum)	3.999.600						3.999.600
AstraZeneca Etec	149.188.260	1.123.750	4.150.250	8.910.500	12.006.500		[1]273.446.020
CoronaVac (contratada)	100.000.000						100.000.000
CoronaVac (contratada)			10.000.000				[6]10.000.000
Covax AstraZeneca	9.122.400						9.122.400
Covax Pfizer	842.400						842.400
Covax CoronaVac	3.916.800						3.916.800
Covax A definir						[2]23.510.999	[2]23.510.999
Pfizer	183.513.330	1.152.450	15.335.190				[5]200.000.970
Pfizer (adulto e pediátrica)		6.132.000	7.536.000	8.334.000	7.693.920	9.617.400	[4]100.000.050
Janssen	32.000.100	5.999.900					38.000.000
Janssen (Doação)	3.000.000						3.000.000

Coronavac (Doação)	2.000						2.000
AstraZeneca (doação)	2.187.100						2.187.100
CoronaVac (Doação Conmebol)	29.300						29.300
Total	**487.801.290**	**14.408.100**	**37.021.440**	**17.243.300**	**19.700.420**	**33.128.399**	**[3]768.057.639**
INCQS (controle de qualidade)	12.202	208	928	360	**312**		**14.010**
Total							**768.071.649**

Fonte: Ministério da Saúde, disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/entregas-de-vacinas-covid-19/projecao-de-entregas-de-vacinas-covid19-27-04-2022.pdf/view .

Nota (1): o contrato de transferência de tecnologia assinado em 1º/6/2021 de 100 milhões de doses foi ajustado para 93,4 milhões considerando perdas que podem chegar até 10% em relação ao rendimento de lotes vs IFA. O contrato da Fiocruz referente à encomenda tecnológica é de 93,4 milhões de doses + aquisição por meio da Medida Provisória 1.048, de 10/5/2021, de 50 milhões + aditivo do Termo de Execução Descentralizada de recursos 35/2021, assinado em 10/9/2021, de 25 milhões + Medida Provisória 1.083, de 24/12/2021, relacionado ao crédito orçamentário no valor de 105 milhões, totalizando em torno de 273,4 milhões;

Nota (2): doses do mecanismo Covax serão destinadas à doação, conforme previsão na Medida Provisória 1.081, de 20/12/2021;

Nota (3): considerando as doses da Covax e o recebimento de IFA pelo laboratório, o quantitativo total pode sofrer alterações; deve-se considerar apenas o somatório vertical, pois o somatório horizontal não se aplica, pois tem estimativas até maio de 2022 e o vertical trata dos volumes contratados;

Nota (4): o quantitativo contratado da Pfizer/adulto/pediátrico de 2022 era no valor de 99.999.930. Em virtude de um segundo aditivo, as doses foram atualizadas para 100.000.050, sendo que 22 milhões são destinados às doses pediátricas;

Nota (5): os contratos da Pfizer de 100.000.000 milhões e de 99.999.900 foram unificados, somando 200 milhões do contrato; e

Nota (6): termo de contrato, assinado em 15/2/2022 de 10 milhões de doses.

3. GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA GERADA PELO CORONAVÍRUS

36. Em todos os ciclos do acompanhamento, iniciado em março de 2020, o Tribunal dedicou-se a avaliar a governança do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia. Inicialmente, no primeiro relatório, o escopo do trabalho estava circunscrito à governança das aquisições. Nos relatórios seguintes, foram abordadas a estrutura de governança, transparência, estratégia de testagem e comunicação (*vide* Apêndice 2).

37. Neste tópico, a governança do Ministério da Saúde está sendo analisada sob os aspectos da utilização de indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para nortear sua atuação no combate à pandemia como coordenador das ações de saúde junto aos entes subnacionais, e do apoio para estruturação do SUS no atendimento Síndrome Pós-Covid e no enfrentamento das variantes de preocupação, como no caso da variante Ômicron. Adicionalmente, foram tratados o encerramento da Espin pela Portaria GM/MS 319/2022 e as oportunidades de melhoria nas informações da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

3.1 - Encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)

38. O Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus por meio da Portaria GM/MS

188, de 3 de fevereiro de 2020, editada com fundamento no Decreto 7.616, de 17 de novembro de 2011.

39. O Decreto 10.697, de 10 de maio de 2021, alterou o Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, criando a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), tendo por atribuição, dentre outras, exercer a função de representante do Ministério da Saúde na coordenação das medidas a serem executadas durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do Coronavírus, nos termos do disposto no § 1º do art. 10 do Decreto 7.616/2011.

40. A Portaria GM/MS 188/2020, em seu art. 3º, V, letra "d", estabelecia que compete ao Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) o encerramento da Espin. Com a criação da Secovid, essa atribuição passou a ser desta secretaria, conforme o art. 46-A, inciso I, do Decreto 9.795/2019, alterado pelo Decreto 10.697/2021.

41. Verificou-se na imprensa uma intensificação de informações do governo brasileiro no mês de março de 2022 no sentido de que o governo tinha a intenção de rebaixar a pandemia para endemia (peças 516-518). Todavia, uma pandemia se inicia e finaliza quando for determinado pelo diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), orientado pelo Comitê Consultivo de Emergências. Neste sentido, não poderia ser baixado um ato interno com essa prerrogativa.

42. Diante da impossibilidade da decretação do fim da pandemia, passou-se a se falar do fim da Espin e, no dia **17/4/2022**, em pronunciamento em rede nacional, o Ministro da Saúde Marcelo Queiroga anunciou o encerramento da Espin.

43. A formalização do encerramento da Espin ocorreu somente em **22 de abril** pela Portaria GM/MS 913/2022, publicada no mesmo dia no DOU, indicando ainda que aquela portaria entraria em vigor 30 dias após sua publicação.

44. Considerando a *vacatio1 legis* indicada na portaria, a emergência de saúde pública de importância nacional no Brasil persistiu até 22/5/2022.

3.1.1 – Deficiência de planejamento estruturado para o encerramento da Espin

45. A portaria de encerramento da pandemia ou qualquer outro documento anteriormente existente não trouxeram orientações acerca das ações que continuariam sendo realizadas pelo Ministério da Saúde, cuja omissão pode gerar o risco de interrupção do curso normal das ações de saúde para enfrentamento da pandemia.

46. A Secovid encaminhou expediente, datado de 8/4/2022, para Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com o objetivo de construção de documento técnico a fim de subsidiar a tomada de decisão do Ministro da Saúde acerca da manutenção da Espin (peça 513).

47. Nesse documento, solicitavam-se contribuições dessas áreas específicas a serem entregues até 12/4/2022. A sugestão do documento indicava que deveria conter ações realizadas e indicadores de enfrentamento da pandemia, impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e estratégias de mitigação, bem como plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria GM/MS 188/2020.

48. Ainda, o documento informava que se tratava de demanda solicitada pelo Gabinete do Ministro da Saúde para apoiar a tomada de decisão desta Pasta Ministerial em relação à manutenção da Espin (peça 513, p. 2).

49. A Secovid, como órgão representante do Ministério da Saúde à frente da Espin, deveria monitorar a situação de emergência e propor o seu encerramento, quando verificasse que as condições fossem favoráveis para esse desfecho. Todavia, o que se viu foi uma demanda do gabinete do Ministro da Saúde para que fosse emitido documento acerca da manutenção da Espin.

50. A Secovid produziu a Nota Técnica 26/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, datada de 22/4/2022, recomendando o encerramento da Espin, conforme excerto conclusivo abaixo (peça

514):

5.1. Diante do exposto consideramos que:

5.2. Transcorridos mais de dois anos de pandemia em que temos ferramentas para limitar transmissão, salvar vidas e proteger o nosso sistema de saúde, o Brasil demonstrou a capacidade de implementar contramedidas médicas disponíveis e medidas sociais e de saúde pública como preconizadas pela OMS.

5.3. Sendo o agente etiológico da Covid-19 e suas variantes conhecidas e já circulam e estão disseminados no território nacional, segundo inciso I e II do no § 1º do Artigo 3º do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN.

5.4. Ao final da semana epidemiológica 14 de 2022, após a queda nos indicadores de incidência e mortalidade por dez semanas epidemiológicas consecutivas atingiu a 8ª menor taxa de mortalidade e a 22ª taxa de incidência na série histórica de 122 semanas consecutivas, segundo avaliação do inciso IV do no § 1º do Artigo 3º do Decreto nº 7.616;

5.5. A capacidade nacional, estaduais e municipais para responder ao contexto da pandemia de Covid-19, com a mobilização tempestiva das estratégias de assistências primárias e especializada, bem como a assistência farmacêutica com a disponibilidade de medicações de suporte e específicas ao combate à Covid-19.

5.6. As direções estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) recuperaram suas capacidades de resposta à Covid-19 de acordo com os níveis de acionamento.

5.7. No momento, nenhuma Unidade Federada está em situação de emergência ou calamidade pública declarada, conforme Artigo 7º da Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC);

5.8. A cobertura vacinal contra a Covid-19 em esquema vacinal primário com 80% da população brasileira já contemplada e com as doses de reforço em indivíduos idosos e vulneráveis superior a 70%.

5.9. Pelo exposto, considerando a demonstrada queda sustentada dos casos e a capacidade do SUS em prestar assistência à população, vislumbramos que, neste momento, os requisitos previstos no decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 para declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN mostram-se superados.

5.10. O SARS-CoV-2 continuará a circular no futuro próximo. Os ganhos obtidos desde 2020 em vigilância (epidemiológica, sanitária e genômica) com a vasta ampliação da rede e capacidade de resposta tempestiva de saúde pública à Covid-19, incluindo novos avanços tecnológicos em diagnóstico e vigilância genômica e o fortalecimento de redes e parcerias estabelecidas, permitiram a agilidade e a inteligência de saúde pública necessárias para ampliar e relaxar rapidamente os esforços de resposta em resposta a mudanças dinâmicas que ocorreram durante a emergência de saúde pública. Cada país tem um perfil de risco único – a preparação aprimorada para futuras emergências de saúde requer planos operacionais nacionais adaptados e responsivos, que incorporem as lições aprendidas com a COVID-19 e o Brasil continuará alerta e diligente na revisão e operacionalização destes planos.

5.11. O Ministério da Saúde **orientará** os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sobre a continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, com base na constante avaliação técnica dos possíveis riscos à saúde pública brasileira e das necessárias ações para seu enfrentamento. As orientações serão dadas precipuamente pelas Secretarias finalísticas da Pasta, em especial a Secretaria de Vigilância em Saúde, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

5.12. Dessa forma, **concluímos que há motivos para declaração de término** da Emergência em Saúde Pública devido a Covid-19 no atual momento. (**grifou-se**).

51. A Nota Técnica 26/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS tem a mesma data da Portaria GM/MS 913/2022 de encerramento da Espin, 22/4/2022, ou seja, o resultado de seu conteúdo já estava definido, pois, considerando que o encerramento da Espin é um dos mais importantes atos

do enfrentamento da pandemia, a referida nota técnica foi elaborada em menos de 15 dias, e no dia de sua emissão, teve por ato contínuo a publicação da portaria.

52. Neste diapasão, verifica-se que o encerramento da Espin ocorreu de certa forma abrupta, não havendo um plano sobre os impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e as estratégias de mitigação, ou mesmo um plano de retomada frente a uma possível piora do cenário epidemiológico, como inicialmente pugnava o documento da Secovid, ou seja, não se apresentou uma avaliação dos possíveis riscos envolvidos com a medida adotada.

53. Essas medidas assumem papel relevante neste momento, considerando que o Coronavírus, com suas variantes, tem apresentado maiores contaminações em períodos de inverno, como os demais vírus respiratórios, considerando que o contágio por este vírus vem demonstrando sazonalidade com aumento significativo de morbidade e quedas progressivas, numa espécie de ondas.

54. Ainda, existe a questão de vacinas e medicamentos aprovados para uso emergencial, que estão autorizados somente enquanto perdurar a Espin. Nesta seara, encontra-se a vacina Coronavac. Registre-se que a Anvisa, acolhendo pedido do Ministério da Saúde, aprovou, em 12/5/2022, a prorrogação da validade das Autorizações de Uso Emergencial (AUEs) de medicamentos e vacinas para Covid-19. Com isso, as autorizações permanecerão válidas por mais um ano e, dentro desse prazo, as empresas que ainda possuírem produtos nessa situação deverão solicitar o registro sanitário definitivo (peça 546).

55. Na nota técnica e na portaria de encerramento da Espin acima mencionadas, consta que o Ministério da Saúde, por meio de suas áreas técnicas, orientará os entes subnacionais sobre a continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus. Todavia, não fica claro quando e como serão feitas essas orientações.

56. A citada nota técnica tem no seu contexto o subtítulo **Monitoramento e continuidade das ações do Plano de Contingência Nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus**, porém, acerca da continuidade de ações pelos entes, traz apenas a informação de que a atenção primária à saúde será realizada por meio do Programa Previne Brasil. Todas as demais informações referem-se ao que foi realizado no período de pandemia.

57. O que foi realizado é importante para formação da *expertise* dos procedimentos e das ações de saúde que podem ser replicadas futuramente, se houver necessidade. Todavia, a questão não é essa. Não estão definidas as ações que continuarão a ser executadas e financiadas pelo governo federal.

58. Ressalte-se que deveria ficar claro quais ações de saúde de enfrentamento da pandemia persistiriam e por quanto tempo, uma vez que Estados e Municípios assumiram compromissos com a vacinação, testagem, atendimento de pacientes com Covid-19 e pacientes com manifestações pós-Covid-19, o que envolve a destinação de recursos financeiros, de medicamentos e insumos, além de serviços de muitos profissionais de saúde das mais diversa categorias.

59. Essa indefinição de continuidade de ações e suas respectivas responsabilidades de manutenção gera o risco de disrupção das ações de saúde para enfrentamento da pandemia, uma vez que a Espin pode ter sido encerrada, mas a morbidade e a mortalidade decorrentes da Covid-19 persistem. Vale dizer, o ato administrativo não tem o condão de se impor sobre a realidade.

60. Associado a esse risco de disrupção, não existe um plano de comunicação que oriente a população acerca dos cuidados que devem ser mantidos, considerando que a pandemia não acabou e que a circulação do Coronavírus, com suas variantes, continua no país.

61. Isso é ainda mais relevante no momento em que as metas de vacinação de 90% de cobertura da população não foram atingidas e continua existindo grande disparidade de dados informados de cobertura vacinal entre as regiões geográficas, estados e municípios, fato reconhecido na própria nota técnica da Secovid (peças 514-515) e constatado no item 7.3, gráficos 5 a 8.

62. Adicionalmente, a portaria de encerramento da Espin entrou em vigor 30 dias após sua publicação. Esse prazo remanescente de vigência da Portaria GM/MS 188/2020 constituiu uma espécie de período de transição em que deveriam ser feitos as orientações e os ajustes para que não

houvesse descontinuidade das ações de enfrentamento da pandemia.

63. O Conass e o Conasems, em conjunto, encaminharam documento ao Ministério da Saúde solicitando que o prazo de transição fosse de 90 dias, para que houvesse tempo suficiente para os ajustes e os acertos dos compromissos já firmados pelos entes subnacionais acerca da vacinação, testagem, atenção primária e demais ações de saúde (peça 519). Tal pleito não foi atendido pelo Ministério da Saúde.

64. Os órgãos acima pugnavam pelo dever de precaução, associado aos princípios da razoabilidade e de segurança jurídica a fim de que se tivesse uma transição responsiva com o cuidado que a saúde requer. Não se questiona o fim da Espin, e sim a ausência de indicativo das ações de saúde que se manterão e o seu respectivo custeio, além da decisão de acelerar o processo para seu encerramento sem plano de riscos e de medidas mitigadoras.

65. Cabe informar que foi juntado, no dia 5/5/2022, documento com complemento de resposta ao Ofício de Requisição 40/2022, onde a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) informou que o modelo de vigilância de síndromes gripais por vírus respiratórios de importância de saúde pública será mantido após o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus, com a continuidade das ações descritas abaixo (peça 529):

a) Definição e atualização das diretrizes nacionais da vigilância epidemiológica da Covid-19, pactuadas em tripartite, abrangendo o Sistema Único de Saúde, saúde suplementar e saúde privada;

b) Manutenção e atualização das fichas de notificação e dos sistemas oficiais de informação da vigilância epidemiológica e laboratorial da Covid-19, em articulação com o Datasus;

c) Elaboração e atualização de publicações técnicas acerca das diretrizes nacionais sobre Covid-19;

d) Monitoramento e divulgação da situação epidemiológica da covid-19;

e) Comunicação de risco em saúde;

f) Monitoramento da Vigilância Genômica;

g) PNE-Teste;

h) Investigação de surtos;

i) Transparência das bases de dados abertos relacionadas à Covid-19;

j) Assessoria técnica às equipes das Secretarias Estaduais de Saúde;

l) Oferta de capacitações sobre vigilância epidemiológica da Covid-19 para qualificação dos profissionais de vigilância epidemiológica dos estados e municípios; e

m)Vigilância laboratorial.

66. Salvo a informação acima da SVS e da manutenção do programa Previne Brasil, não foi informado que outras ações de saúde continuariam sendo realizadas com o encerramento da Espin.

67. Como já citado antes, o art. 10, § 1º do Decreto 7.616/2011 estabelece que o Ministério da Saúde deve ter um órgão representante na Espin. O Decreto 10.697/2021 alterou o Decreto 9.795/2019, criando a Secovid e lhe concedeu atribuição de representante do Ministério da Saúde na Espin (art. 46-A, I) e a Portaria GM/MS 188/2020, em seu art. 3º, V, letra "d", estabelece que compete ao Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) o encerramento da Espin. Essa atribuição passou a ser da Secovid, que emitiu a Nota Técnica 26/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS com proposta de encerramento da Espin. A esses dispositivos devem ser considerados o dever de precaução e os princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, a fim de que o encerramento da Espin não venha causar risco de descontinuidade nas ações de enfrentamento da pandemia, enquanto perdurar esta situação.

68. A ocorrência tem por causas (i) a inversão no processo de encerramento da Espin, que deveria ser monitorada pela Secovid, secretaria que deveria apresentar proposta de término emergência em saúde pública, quando as condições fossem favoráveis, e (ii) a celeridade em encerrar a emergência, pois esse ato pode proporcionar o retorno da normalidade em saúde e, não é demais dizer, conferir maior margem de ação do governo em outras áreas, principalmente na dimensão

econômica, que foram atingidas pela pandemia.

69. As consequências da ocorrência é o risco de recrudescimento da doença, gerada pela falta de orientação da população das medidas de cuidados acerca do enfrentamento da pandemia, o impacto em ações multissetoriais de controle de transmissibilidade do vírus, a indefinição das ações de saúde que continuarão sendo desenvolvidas e seu custeio e o risco de disrupção das ações de saúde no enfrentamento da pandemia.

70. O relatório preliminar foi encaminhado ao Ministério da Saúde, para que apresentasse comentários do gestor em 10 dias (peças 544/545). O órgão solicitou prazo adicional de 5 dias para se manifestar, sendo concedido pela unidade técnica. A resposta acerca dessa temática consta das peças 590-593, apresentada pela Secovid (vide Apêndice 13).

71. Em relação à proposta de recomendação, a Secovid informou que (i) houve publicação atualizada do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus; (ii) não houve interrupção das ações de vacinação, testagem, investigação genômica, leitos, medicamentos e insumos, oxigênio, apoio financeiro, profissionais de saúde, exigência de passaporte vacinal, campanha de orientação da população; (iii) o Decreto 9.795/2019 atribui competências às Secretarias finalísticas do Ministério da Saúde, não havendo necessidade de novo normativo para tratar dos temas relacionados à pandemia (peça 590).

72. A resposta da Secovid fundamenta-se no Relatório Técnico Espin-Covid-19 no Brasil (peça 593), o qual não foi apresentado ao TCU por ocasião de resposta ao Ofício de Requisição 40, de 14/4/2022, sobre a possibilidade de revogação da Portaria GM/MS 188/2020 (peças 520, e 513-514).

73. O documento consolida informações das áreas específicas do Ministério da Saúde com informações acerca de ações e indicadores utilizados por cada setor, impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020, sugestões de ações que deveriam continuar após o encerramento da Espin, em resposta ao Ofício Circular 44/2022/Secovid, de 6/4/2022 (peça 513). Esse documento deveria preceder a Nota Técnica 26/2022-Secovid que recomendou, em 22/4/2022, o encerramento da Espin (peça 514).

74. O Relatório Técnico Espin-Covid-19 no Brasil padece dos vícios de identificação de autoria, publicidade e por contemplar propostas de manutenção de ações que envolvem recursos, bem como estabelecer os impactos da Portaria GM/MS 188/2020, já revogada, e indicativos de mecanismos de retomada da emergência, caso necessário, deveria ser submetido ao conhecimento do Ministro da Saúde ou pelo menos conhecimento e respaldo do Secretário-Executivo, principalmente com a recente mudança do gestor deste cargo, sob pena de se ter um documento meramente protocolar.

75. O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus apresenta três tipos de resposta para o enfrentamento do processo de pandemia (alerta, perigo iminente e emergência em Saúde Pública) com as ações e responsabilidades em cada fase, porém em nenhum momento refere-se ao encerramento da Espin ou a sua retomada. Em outras palavras, existem no Plano de Contingência regras que recomendam a adoção dos níveis de resposta, mas ele não apresenta orientações acerca do encerramento da Espin ou retomada da resposta. O mesmo ocorre com o artigo 10 do Decreto 7.616/2011, que estabelece que o representante do Ministério da Saúde na Espin tem a atribuição de recomendar, de forma justificada, o encerramento da Espin ao Ministro da Saúde.

76. Cabe destacar aqui que, levantando-se os dados de morbidade e mortalidade por Covid-19 nos boletins epidemiológicos no período posterior à publicação da Portaria GM/MS 913/2022, complementados por dados do portal https://covid.saude.gov.br/, acesso em 7/6/2022, tem-se a evolução do número de casos novos e a estabilidade dos óbitos novos, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Evolução de morbidade e mortalidade por Covid-19

Período	Fonte	Novos casos	Novos óbitos

29/5 a 5/6/2022	https://covid.saude.gov.br/	213.951	614
22/5 a 28/5/2022	Boletim Epidemiológico 115	166.777	863
15/5 a 21/5/2022	Boletim Epidemiológico 114	96.513	656
8/5 a 14/4/2022	Boletim Epidemiológico 113	123.564	746
1º/5 a 7/5/2022	Boletim Epidemiológico 112	110.294	629
24/4 a 30/4/2022	Boletim Epidemiológico 111	102.582	887

Fonte: Boletins Epidemiológicos e https://covid.saude.gov.br/, acesso em 7/6/2022

77. Os indicadores que fundamentaram a proposta de encerramento da Espin indicavam (peça 593, p. 11):

> A Semana Epidemiológica (SE) 14 de 2022 encerrou com um total de 152.965 novos casos registrados, o que representa uma redução de 4% (diferença de -7.083 casos), o que pode ser classificado como uma estabilidade, quando comparado ao número de casos registrados na SE 13 (160.048). Em relação aos óbitos, a SE 14 encerrou com um total 1.112 novos registros de óbitos, representando uma redução (-17%) (diferença de -234 óbitos) se comparado ao número de óbitos novos na SE 13 (1.346 óbitos) (BRASIL, MS, abril de 2022).

78. Os dados indicavam tendência de quedas sucessivas nos casos confirmados de Covid-19 e de óbitos, mas o que se observou após o encerramento da Espin foi a elevação da quantidade de casos, fato que deve ser considerado como indicativo de alerta e monitoramento, especialmente o número de casos indicado na última semana obtido pelo sítio citado. Em relação ao número de óbitos novos, o número mostra-se em estabilidade e em quantidade menor que o indicado na proposta de término da Espin.

79. O aumento de casos de Covid-19 foi objeto de Comunicação ao Plenário pelo Ministro Relator Vital do Rego, em sessão do dia 8/6, e essa equipe de acompanhamento, mesmo na fase de conclusão do relatório de auditoria, emitiu ofício de requisição (peça 601) para obter informações acerca das medidas que o MS eventualmente adotou ou virá a adotar de forma a dar resposta ao amplamente noticiado aumento de casos Covid-19. Embora o MS ainda não tenha respondido o ofício até o fechamento do presente relatório, as recomendações apresentadas a seguir, no que concerne ao plano de encerramento da pandemia e procedimentos de retomada (alínea b) e ao monitoramento de indicadores (alínea c), já seriam medidas relevantes relacionadas a este novo cenário pandêmico com o aumento significativo na positividade para Sars-Cov-2, sem prejuízo de análises complementares quando da resposta dos gestores.

80. Espera-se, com a adoção da medida proposta, que haja segurança jurídica e epidemiológica que ampare ações a serem mantidas enquanto perdurar a situação de pandemia.

81. **Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que nos termos dos artigos 16, § 1º da Lei 8.080/1990, 10, § 1º do Decreto 7.616/2011, 46-A, I do Decreto 9.795/2019, alterado pelo Decreto 10.697/2021, e 3º, V, letra "d" da Portaria GM/MS 188/2020, no dever de precaução e nos princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, dando publicidade aos atos instituídos:**

a) estabeleça normativo de orientação indicando as ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus que continuarão sendo executadas e a responsabilidade pelo seu implemento, especialmente das ações que envolvem vacinação, testagem, investigação genômica, leitos, medicamentos e insumos, oxigênio, apoio financeiro, profissionais de saúde, exigência de passaporte vacinal, campanha de orientação da

população;

b) elabore um plano de encerramento da Espin que contemple os impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e as estratégias de mitigação e plano de retomada frente a um possível recrudescimento do cenário epidemiológico no contexto da revogação da Portaria GM/MS 188/2020;

c) monitore indicadores relacionados à emergência de saúde pública de importância nacional encerrada, a exemplo da taxa de ocupação de leitos, de UTI e clínicos, de cobertura vacina, de cobertura de medicamentos de IOT (demanda e consumo).

3.2 -Indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação

82. A tomada de decisão em saúde apoiada em indicadores de gestão direciona as ações para os principais problemas identificados. Em termos de saúde, a utilização de indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação está em consonância com o artigo 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990 c/c artigo 11, inciso VIII, do Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, esse último a seguir transcrito:

> Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS:
>
> VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação;

83. Neste ciclo de acompanhamento, a equipe de auditoria introduziu a temática para avaliar a atuação do Ministério da Saúde acerca do uso dessa ferramenta.

84. A Secovid foi encarregada pela Secretaria Executiva para responder os questionamentos da auditoria sobre os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde (peças 335 e 397).

85. Inicialmente, foi solicitado que o Ministério da Saúde apresentasse os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da pandemia.

86. A Secovid informou que a Espin estabeleceu três eixos norteadores da tomada de decisão. O primeiro relativo à vigilância, envolvendo a epidemiológica e sanitária; o segundo refere-se à assistência em termos de cuidado, farmacêutica e educação continuada; e finalmente o eixo jurídico/econômico (peça 397, p. 2).

87. Para o eixo da vigilância, são utilizados os indicadores gerais e regionais, a exemplo de incidência, taxa de transmissão, óbitos e cobertura vacinal.

88. No eixo da assistência, são utilizados os indicadores de capacidade de atenção primária, capacidade da rede de emergência e urgência, capacidade da rede hospitalar, capacitações e treinamento das equipes de saúde.

89. Para o terceiro eixo, leva-se em consideração a necessidade da edição de atos normativos no intuito de regulamentar as ações emergenciais diante dos recursos financeiros.

90. Finalmente, a Secovid informou que a gestão, planejamento, monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde para tomada de decisão sobre ações de enfrentamento da pandemia é baseada nos boletins epidemiológicos, com trabalhos técnicos realizados com as três instâncias do SUS, e em notas técnicas do Conass e Conasems.

91. O Ofício de Requisição 36/2022 tinha por principais objetivos verificar se o Ministério da Saúde possuía e utilizava os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para tomada de decisão para o enfrentamento da pandemia, conforme excerto abaixo:

a) Apresente os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da pandemia, a exemplo de vacinação, testes, leitos, vigilância em saúde, medicamentos e insumos, caso existam, e informe ainda a periodicidade de sua atualização e as bases de obtenção das informações (fontes) que servem para construção desses indicadores.

b) Os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da pandemia estão à disposição pública ou possuem restrição de acesso? Informar onde podem sem acessados, no caso de sua existência;

c) Informe as metas propostas e realizadas relativas aos indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliar as ações realizadas para o enfrentamento da pandemia, bem como as medidas adotadas no caso de seu não atingimento.

d) A tomada de decisão para fomentar as estratégias de atuação do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia em temáticas como vacinação, testes, leitos, vigilância em saúde, medicamentos e insumos, fundamenta-se nas informações advindas dos indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação?

e) O Ministério da Saúde tem compartilhado com os entes subnacionais informações advindas dos indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para o enfrentamento da pandemia?

92. Em pesquisa no sítio do *opendata*Sus (https://opendatasus.saude.gov.br/), verifica-se um conjunto de dados relativos à vacinação, leitos, mortalidade, síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave, os quais podem ser utilizados para desenvolvimento de indicadores qualificados nesses itens.

93. Compulsando o Boletim Epidemiológico 113, que apresenta a análise referente à semana epidemiológica 19 (15 a 25/5/2022 – disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-110-boletim-coe-coronavirus/view, acesso em 23/5/2022), encontram-se os indicadores de número de casos, taxa de mortalidade acumulada, taxa de incidência, média móvel, número de recuperados e em acompanhamento, e indicador de positividade. O Guia de Vigilância Epidemiológica informa, sem apontar parâmetros, a existência de taxa de ataque, taxa de transmissão secundária, prevalência, incidência, morbidade, mortalidade e outros parâmetros que indiquem alteração na dinâmica da doença.

94. Apesar de se encontrar alguns indicadores nos documentos listados, o Ministério da Saúde deixou de apresentar esses indicadores, categorizando por gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, com estabelecimento das metas e informações relativas ao resultado alcançado e medidas adotadas no caso de seu não atingimento.

95. No caso da vacinação, no painel LocalizaSus são apresentados dados gerais, sem especificar por cada grupo prioritário e cada faixa etária, metas, resultados e medidas adotadas para mitigar a não cobertura desse público-alvo.

3.2.1 – Ausência de informações dos indicadores de vacinação

96. Não constam informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde dos indicadores de vacinação contra a Covid-19 por cada grupo prioritário ou cada faixa etária nos sistemas públicos e painéis de informações sobre esta doença, envolvendo metas, resultados e medidas de controle na ocorrência de não atingimento das coberturas, a exemplo do boletim epidemiológico e painel LocalizaSus.

97. A situação fica evidenciada nos boletins epidemiológicos (https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022), no painel LocalizaSus (https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas/localizasus) e no painel Coronavírus (https://covid.saude.gov.br/).

98. No painel LocalizaSus, no tópico Vacinômetro, consta a quantidade de doses aplicadas aos grupos prioritários e por faixas etárias, porém nele não é informado o quantitativo do público-alvo por cada grupo ou cada faixa etária e o percentual de cobertura realizado, apresentando dados gerais de vacinação da primeira dose, segunda dose, dose de reforço e dose adicional. No Apêndice 7 constam os dados extraídos deste painel sobre vacinação por faixa etária, não se indicando a cobertura, pois não está inserido o quantitativo da população-alvo por faixa.

99. A ausência de indicadores de vacinação, por cada grupo prioritário e cada faixa etária, compromete o monitoramento da evolução da vacinação nestes segmentos e atuação incisiva naqueles grupos que não atinjam as metas sugeridas, até para se conhecer os grupos ou as faixas etárias que estão com esquema vacinal completo ou com estagnação da vacinação.

100. O Ministério da Saúde, em suas respostas à equipe de auditoria, sempre informa o percentual de pessoas vacinadas com a primeira e segunda doses de forma geral ou dose de reforço, mas não dá transparência do comportamento da vacinação por cada grupo prioritário e por cada faixa etária, de forma a demonstrar todo o esquema de vacinação (peças 397 e 437).

101. Acrescente-se que a Nota Técnica 26/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que propõe o encerramento da Espin, tem como um dos fundamentos da proposta a redução de indicadores de morbidade e mortalidade e a cobertura vacinal (peça 514), porém não apresenta outros indicadores, como taxa de internação, positividade e cobertura de medicamentos de IOT.

102. Nos termos do art. 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990 c/c art. 11, inciso VIII, do Anexo I, da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, c/c art. 3º da Lei 12.527/2011, todas as esferas do SUS devem estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, observando-se ainda que a publicidade é a regra, devendo ser divulgadas as informações de interesse público independentemente de solicitações.

103. O Plano Nacional de Operacionalização da vacinação para enfrentamento da Covid-19 (PNO), 12ª edição, de fevereiro de 2022 (disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19) relaciona os grupos prioritários e demais público-alvo da vacinação. O PNO apresenta a estimativa populacional dos grupos prioritários, porém não indica a estimativa da população de 5 a 17 anos, nem esclarece qual a meta de vacinação da população.

104. Ressalte-se que, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), associada à projeção da população estimada pelo IBGE, a produção desses dados é materialmente possível, cabendo, ainda, ao Ministério da Saúde a sua divulgação nos sistemas corporativos custodiados pela pasta, atendendo ao princípio da transparência disposto nos termos do art. 3º da Lei 12.527/2011.

105. Considerando a importância da vacinação no enfrentamento da pandemia, a divulgação de dados específicos sobre cada grupo prioritário e cada faixa etária é dever institucional para o controle social e controle formal da administração pública, interno ou externo, bem como para os procedimentos específicos de atuação da área de saúde, como busca ativa e campanhas de orientação direcionadas para esses públicos.

106. A ausência dessas informações nos sistemas públicos do Ministério da Saúde tem por causa não se ter dado a relevância necessária para divulgação de dados específicos, optando-se por informações de âmbito geral.

107. A ocorrência tem por efeito a não identificação da cobertura vacinal dos grupos prioritários e por faixa etária, impedindo ou dificultando a realização de campanha de vacinação específica para essa população ou outras ações dirigidas, como a busca ativa.

108. Em comentários do gestor (Apêndice 13), o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações e do Departamento de Monitoramento de Avaliação do SUS, informou que tomou ciência da ocorrência e que foram adotadas providências para inclusão do indicador cobertura vacinal (CV) no painel Vacinômetro Covid-19, com intuito de acompanhamento e avaliação da meta da campanha de vacinação (peças 553, p. 6, e 561).

109. Considerando a informação prestada pelo órgão, mantém-se a proposta de recomendação nos termos propostos.

110. Os benefícios esperados com a adoção da medida proposta nesta constatação é a transparência de dados sobre vacinação e a possibilidade de atuação de campanhas de orientação específica para fomentar o avanço da vacinação nesses grupos e nessas faixas etárias para o atingimento das metas do PNO e redução dos casos de contaminação e de óbitos decorrentes da doença.

111. **Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que adote providências para registrar nos sistemas públicos a cobertura vacinal para cada grupo prioritário e cada faixa etária, informando as metas de vacinas e percentual alcançado, nos termos do art. 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990, art. 11, inciso VIII, do Anexo I, da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017 c/c art. 3º da Lei 12.527/2011.**

3.3 – Estruturação do SUS para enfrentamento da Síndrome Pós-Covid

112. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), baixou a Nota Técnica 62/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 25/11/2021, com o objetivo de orientar os gestores e profissionais de saúde sobre as condições pós-Covid com base nas principais evidências científicas publicadas (peça 239).

113. O documento acima informa que a maioria dos indivíduos que foram infectados com Sars-CoV-2 evoluem para melhora clínica após a fase aguda da doença, todavia alguns pacientes podem apresentar manifestações clínicas novas após a recuperação inicial, ou persistir desde a fase aguda, ou ainda flutuar ou recidivar ao longo do tempo, não sendo passíveis de explicação por um diagnóstico alternativo (peça 239).

114. Essas manifestações podem ocorrer em pacientes que apresentaram quadros leves, moderados e graves durante a fase aguda da doença, bem como naqueles indivíduos que tiveram infecções assintomáticas. Os sintomas comuns nos pacientes incluem fadiga, falta de ar, disfunção cognitiva e geralmente têm um impacto na funcionalidade e desempenho das atividades da vida diária (AVDs) e podem durar por cerca de um ano, como demonstrado em alguns estudos.

115. O Ministério da Saúde (MS) adotou a terminologia "condições pós-covid" para descrever uma gama de manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes após a infecção aguda por Sars-CoV-2, quando estas não são atribuídas a outras causas, acompanhando a definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e com base em evidências científicas recentes.

116. Na literatura, essas manifestações clínicas também podem ser descritas como Covid longa, Covid-19 pós-aguda, Síndrome pós-Covid, efeitos de longo prazo da Covid, síndrome Covid pós-aguda, Covid crônica, Covid de longa distância.

117. Embora as definições de casos ainda estejam sendo desenvolvidas, podem ser consideradas como condições pós-Covid as manifestações clínicas que implicam o não restabelecimento do estado prévio de saúde do indivíduo após a fase aguda da doença e que não possam ser atribuídas a outras causas. No Apêndice 5 estão detalhadas as manifestações pós-Covid e a literatura utilizada para subsidiar a emissão da nota técnica.

118. As informações que fundamentam a nota técnica decorrem de revisão da literatura mundial obtidas em buscas em uma base eletrônica e dois repositórios da literatura, específicos para Covid-19, em maio e junho de 2021, com o propósito de identificar revisões sistemáticas (RS) que apresentassem a prevalência de manifestações clínicas, sequelas ou sintomas de Covid-19 longa, sendo agrupadas em onze RS.

119. Os casos de condições pós-Covid foram avaliados por vários meios de diagnóstico, entre os quais exames radiológicos, exames laboratoriais, testes de funções respiratórias, escalas ou questionários e avaliação de presença ou ausência de sintomas. A variedade de manifestações foi agrupada nas seguintes categorias: respiratórias, neurológicas, psicopatológicas, cardiovasculares, músculo esqueléticas, distúrbios do sono, gastrintestinais, órgãos dos sentidos, renais e geniturinárias.

120. A nota técnica orienta que os estudos primários incluídos nas RS diferem bastante entre si quanto ao número de participantes e aos valores de prevalências, sugerindo cautela na interpretação dos resultados, pois nem sempre irão refletir a prevalência real das manifestações na população em geral. Outra situação apontada no documento técnico reporta que indivíduos que apresentam Covid-19 grave podem desenvolver manifestações multissistêmicas ou condições imunomediadas por um período mais longo, com sintomas que duram semanas ou meses após a doença.

121. Em casos raros, crianças e adolescentes podem desenvolver a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) dias ou semanas após a infecção pelo Sars-CoV-2 e, excepcionalmente, esta condição também pode ser observada em adultos.

122. A SIM-P é uma condição incomum, porém potencialmente grave, em que a maioria dos casos necessita de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apresentando sintomas como febre persistente, sintomas gastrointestinais, conjuntivite bilateral não purulenta, sinais de inflamação mucocutânea, além de envolvimento cardiovascular frequente. Os casos mais graves apresentam choque com necessidade de suporte hemodinâmico e, algumas vezes, podem evoluir para óbito.

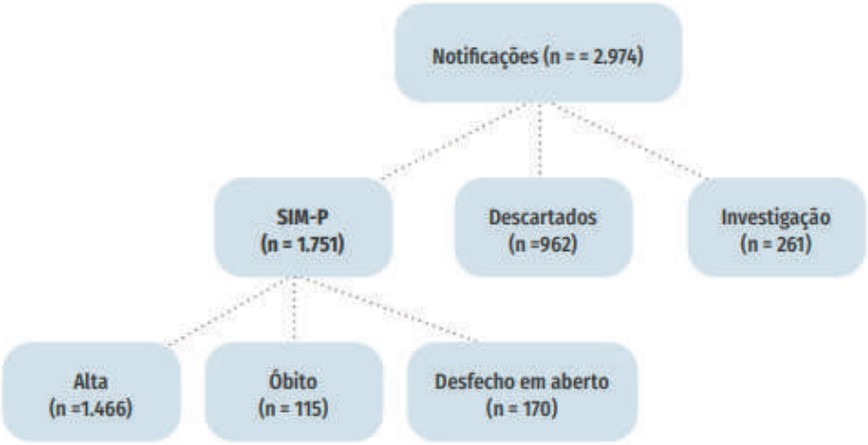
123. O Ministério da Saúde monitora, desde 24 de julho de 2020, a ocorrência da SIM-P associada à Covid-19 em todo território nacional por meio da notificação em formulário padronizado, disponível *online*, no endereço eletrônico https://redcap.link/simpcovid e os dados sobre a doença são publicados em boletins epidemiológicos periódicos (Boletim Epidemiológico 113, disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022).

124. O Ministério da Saúde baixou a Nota Técnica 7/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, assinada em 26/3/2021, que traz em seu bojo orientações e recomendações referentes ao Manejo Clínico e Notificação dos casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) – peça 238.

125. Cabe registrar que, no Boletim Epidemiológico 113, disponível no *link* acima, informa-se que, até 14 de maio de 2022, ocorreram 2.974 notificações de casos suspeitos da SIM-P associada à Covid-19 em crianças e adolescentes de zero a 19 anos. Desses, 1.751 (58,9%) tiveram resultado confirmado para SIM-P, 962 (32,3%) foram descartados por não preencherem os critérios de definição de caso ou por ter sido constatado outro diagnóstico que melhor justifique o quadro clínico, e 261 (8,8%) seguem em investigação. Dos casos confirmados, **115 evoluíram para óbito** (letalidade de 6,6%), 1.466 tiveram alta hospitalar e 170 estão com o desfecho em aberto.

126. Na figura abaixo, mostra-se a situação da SIM-P.

Figura 2 - Situação da SIM-P no Brasil até maio de 2022



Fonte: Boletim Epidemiológico 113

127. O paciente considerado primeiro caso confirmado de SIM-P notificado no Brasil teve início dos sintomas em março de 2020. No mesmo ano, ocorreram 738 casos de SIM-P e em 2021 foram notificados 779 casos confirmados. Em 2022 já foram notificados 202 casos até maio.

128. Adicionalmente, hospitalizações em geral e doenças graves podem causar danos à saúde, como fraqueza e exaustão durante o período de recuperação. Dentre estes, inclui-se a Síndrome Pós Terapia Intensiva (SPTI), que se inicia durante a internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e pode permanecer após a alta hospitalar, incluindo alterações cognitivas, psicológicas e físicas. Tais condições, mesmo sendo causadas pela hospitalização, pelos efeitos a longo prazo do vírus ou pela combinação de ambos, devem ser consideradas condições pós-Covid se ocorrerem após infecção aguda por Sars-CoV-2, não atribuídas a outras causas.

129. Durante a primeira onda da pandemia da Covid-19, os pesquisadores começaram a realizar estudos para avaliar as sequelas da doença. Em agosto de 2020, a Organização Mundial da Saúde reuniu-se com pacientes do grupo *LongCovidSOS* e defendeu a necessidade de reconhecimento, pesquisa e reabilitação. Em setembro de 2020, a OMS havia estabelecido o código CID-10 para a Síndrome Pós-Covid-19 e, em janeiro de 2021, publicou sua orientação inicial sobre o manejo clínico de pacientes após a doença aguda (peça 373).

130. O Ministério da Saúde, adotando recomendação da OMS para o uso emergencial de códigos da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), utiliza codificação U09.98 para condição de saúde posterior à Covid-19, não especificada, que inclui sequelas e efeitos tardios; Covid-19 infecção antiga; efeito residual de Covid-19; efeito tardio de Covid-19; sequela de Covid-19; síndrome pós-Covid 19; e pós-Covid-19.

131. Para síndrome inflamatória multissistêmica associada à Covid-19, não especificada, é utilizado o código U10.9, que inclui tempestade de citocinas; Síndrome semelhante à *Kawasaki*; Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P); Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças, temporalmente associada à Covid-19.

132. Em relação à codificação para mortalidade, no Brasil, os códigos atribuídos pela OMS, de alocação provisória, serão considerados marcadores a serem utilizados em conjunto com outros códigos da CID-10 especificados pela Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, gestora do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM no Ministério da Saúde. Os códigos utilizados são:

> Código: B94.8 (sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas)
>
> Marcador: U09.9 (Condição de saúde posterior à Covid-19, não especificada) se faz presente após a fase aguda da doença e relacionada a ela.

133. Em relação ao apoio para estruturação do SUS para enfrentamento dos casos de Síndrome Pós-Covid, o Ministério da Saúde, por meio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva, informou que os orçamentos anuais e seus créditos não identificam recursos previstos para seu atendimento. É possível identificar, por outro lado, os recursos destinados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, por meio de planos orçamentários criados com essa finalidade, sendo disponibilizado, em 2021, R$ 49,6 bilhões e a previsão orçamentária de 2022 foi estimada em R$ 7,1 bilhões (peça 237).

134. Verificou-se que o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria GM/MS 1.444/2020, os Centros Comunitários de Emergência e, pela Portaria GM/MS 1.445, ambas de 29/5/2020, os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 para repassar recursos para enfrentamento da pandemia para municípios que se habilitassem ao programa.

135. Por meio da Portaria GM/MS 377, de 22/2/2022, foi instituído incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, para apoiar as ações das equipes e os serviços de Atenção Primária à Saúde voltados ao cuidado às pessoas com condições pós-Covid, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do Sars-CoV-2.

136. O incentivo foi repassado fundo a fundo de forma automática e em parcela única, independentemente de solicitação, no volume total de R$ 159.911.280,00, sendo os municípios classificados em perfil baixo, perfil médio e perfil alto, definidos a partir dos seguintes indicadores:

I - quantitativo de equipes (Saúde da Família, Atenção Primária, Ribeirinha e Unidade Básica de Saúde Fluvial) custeadas pelo Ministério da Saúde na competência financeira de 12 de 2021;

II - índice de Vulnerabilidade Social (IVS);

III - porte populacional; e

IV - coeficiente de mortalidade por Covid-19 por cem mil habitantes.

137. Os valores de repasse do incentivo financeiro por perfil de município são os seguintes:

I - perfil alto: R$ 43.632,00 por município;

II - perfil médio: R$ 29.088,00 por município; e

III - perfil baixo: R$ 14.544,00 por município.

138. A citada portaria qualifica pessoa com condições pós-Covid como sendo aquela que apresente manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes, após a infecção aguda por Sars-CoV-2, quando não atribuídas a outras causas.

139. Na página institucional do Ministério da Saúde, em notícia acerca do lançamento do incentivo financeiro de que trata a Portaria GM/MS 377/2022, foi informado que estudos internacionais estimavam um quantitativo de pessoas com manifestações pós-Covid, que oscilava entre 51% e 76% das pessoas contaminadas, com estimativa de mais de dez milhões de casos (peças 371-372).

140. Em reunião realizada com a equipe técnica do Ministério da Saúde, em 17/2/2022, foi ratificada essa estimativa, sendo informado que não se tinha o número real de casos por ausência de registro específico, prevendo-se que a partir de 2022 os registros de atendimento indicarão o quantitativo atendido.

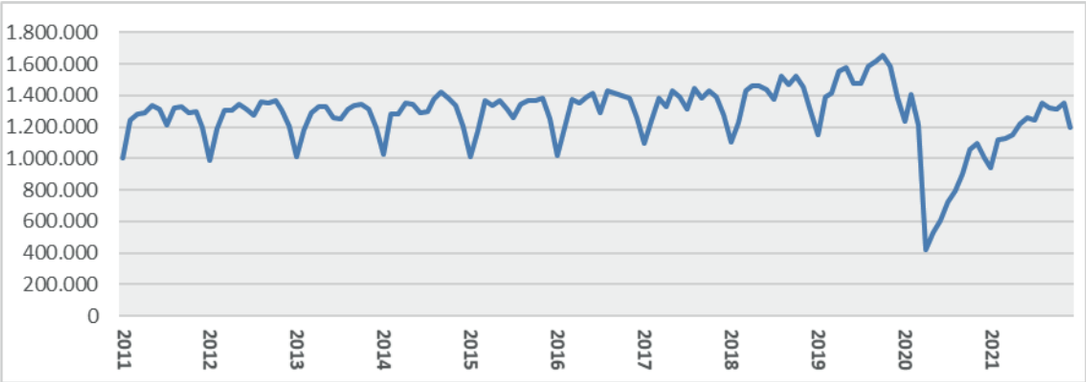
141. O paciente que apresenta condições pós-Covid-19 é atendido na rede de saúde do SUS, na atenção primária, média ou alta complexidade, dependendo do quadro que venha a desenvolver. Nesse sentido, a estrutura do SUS, montada com equipamentos públicos municipal, estadual ou federal, é a mesma que atende a demanda de pacientes não Covid-19, com Covid-19 e com condições pós-Covid-19, o que permite afirmar que a rede de saúde passou a absorver cerca de mais de 10 milhões de pacientes acometidos com esta síndrome nesses dois anos de pandemia.

142. Associado a este fato, há uma provável demanda reprimida de atendimento ambulatorial em reabilitação física, neuropsicológica e neuropsicomotora decorrente do período de pandemia, que vai acabar exigindo maior resolutividade do sistema, principalmente com a flexibilização das medidas de restrição e maior busca dos serviços de saúde públicos.

143. A título exemplificativo, em março de 2020, foram registrados 1.213.395 atendimentos em reabilitação, e no mês seguinte esse número se reduziu a quase 1/3, com 418.250 atendimentos. Nos meses seguintes, esses tratamentos em reabilitação começaram gradativamente a aumentar, tendo alcançado o pico de 1.356.382 tratamentos em agosto de 2021, mas ainda inferior ao nível pré-pandemia.

144. No gráfico abaixo, apresenta-se a evolução do atendimento reabilitação física, neuropsicológica e neuropsicomotora que demonstra queda de atendimento no período de 2020 e retomada crescente no ano de 2021.

Gráfico 1 - Evolução do Número de Atendimentos Ambulatoriais em Reabilitação Física, Neuropsicológica e Neuropsicomotora



Fonte: SIA. Dados obtidos em 14/3/2022.

145. É um desafio para a pasta dar curso a essas ações, pois, além delas, há que se considerar o que está represado de atendimento à saúde em termos de atendimentos ordinários, em função da pandemia. A Nota Técnica 22, de novembro de 2021, produzida pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz, intitulada "O 'represamento' do atendimento em saúde no SUS" (disponível em https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_22.pdf, acesso em 12/6/2022) traz números que reclamam atenção. Após captar informações obtidas nos sistemas do Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dados do SIVEP-Gripe (por data do óbito) e do painel coronavírus (por data de divulgação) (https://covid.saude.gov.br/) sobre óbitos em Covid-19) e comparar a produção entre o período de janeiro de 2018 a junho de 2019 (pré epidêmico) com o período de janeiro de 2020 a junho de 2021 (após o início da epidemia), é dito que há uma diferença de 1,7 milhões de internações (só de internações eletivas são 1,2 milhões).

146. Segundo a referida nota, os dados de mortalidade apontam que nos períodos em que ocorreram os maiores volumes de óbitos por Covid-19 coincidem com os maiores volumes de óbitos por outras causas, e também coincidem com os menores volumes de atendimentos em diversos sistemas, o que sugere represamento no atendimento para assistência à saúde. Os dados apontam que a queda em ações de prevenção e promoção de saúde já apresentava diminuição em períodos anteriores à epidemia de Covid-19, e, mantida essa diminuição, prejudicarão ainda mais outros problemas de saúde. Por isso, os autores da nota aduzem que o "investimento massivo no SUS é necessário para identificação de problemas que não puderam ser diagnosticado e ainda é necessário monitorar a longo prazo os impactos indiretos que serão decorrentes da Covid-19, sobretudo em casos que não puderam ser atendidos em momento oportuno".

147. Por fim, cabe mencionar que, em fevereiro de 2022, foi publicado o Caderno de Ações para a Vigilância e Assistência à Saúde das Condições Pós-Covid no âmbito do Ministério da Saúde, que consolida as medidas adotadas pela pasta, a exemplo das citadas acima, para o enfrentamento da Síndrome Pós-Covid (peça 549).

3.3.1 - Ausência de quantitativo de casos de morbidade e mortalidade por condições pós-Covid

148. Não existem informações estruturadas de casos de morbidade e mortalidade por condições pós-Covid nos anos de 2020, 2021 e 2022, exceto os casos de SIM-P que passaram a ser informados em fevereiro de 2022, no Boletim Epidemiológico, noticiados a partir da edição 100, relativos à semana epidemiológica de 6/2 a 12/2 de 2022.

149. Considerando que o número de casos de Covid-19 ultrapassa a 30,7 milhões e que se estima que mais de 10 milhões de pessoas podem ter sido acometidas de condições pós-Covid, conforme informado pelo Ministério da Saúde, os quantitativos revelam, por si só, a necessidade de registro adequado dessas ocorrências para melhoria a atuação das políticas públicas de saúde, uma vez que as manifestações podem desencadear pressões na atenção primária, na média e alta complexidade, dependendo do tipo de ocorrência e agravamento nos pacientes. No Apêndice 5, indicam-se diversas manifestações dessas condições pós-Covid que podem pressionar o sistema de saúde

brasileiro.

150. Independentemente do encerramento da Espin, as manifestações pós-Covid persistirão e os pacientes por elas acometidos necessitam de atendimento na atenção primária e especializada, conforme o caso, e o conhecimento e a divulgação dos dados de morbidade e mortalidade decorrentes são instrumentos para estabelecimento de políticas de saúde para o enfrentamento dessa doença.

151. A situação fica evidenciada pela ausência de informações nos boletins epidemiológicos (https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022), nos sítios do www.localizasus.gov.br, e www.saude.gov.br, e nos informes do Ministério da Saúde (peças 371-372). Tal fato pode comprometer a prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional, nos termos do art. 16, item XIII da Lei 8.080/1990, uma vez que necessita conhecer a demanda para prestar o apoio.

152. A ocorrência encontrada decorre de as condições pós-Covid possuírem estudos confirmatórios em andamento, bem como os códigos de registros de saúde (CID-10) e os marcadores de notificação de óbitos terem sido implantados recentemente. Ainda, o protocolo de manejo clínico do Ministério da Saúde foi elaborado em março de 2021, seguindo as orientações da OMS.

153. A inclusão pelo Ministério da Saúde dos marcadores U09.9 e U10.9, que tratam de condições de saúde posterior à Covid-19, e síndrome inflamatória multissistêmica associada à Covid-19, em conjunto com outros códigos da CID-10 no SIM, e a incorporação dos procedimentos 03.01.07.021-0 e 03.01.07.022-9 no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), que tratam de reabilitação de pacientes pós Covid-19, possibilitam conhecer o número de casos e de óbitos decorrentes da doença.

154. Ressalte-se que o Ministério da Saúde iniciou apoio financeiro de R$ 159,9 milhões aos entes subnacionais para o enfrentamento da situação. Entretanto, sem o conhecimento do quantitativo efetivo de pacientes que buscam a rede de saúde com essas manifestações, esse incentivo financeiro pode ficar muito aquém para atender as necessidades de saúde.

155. Não se ter o conhecimento do quantitativo de possíveis pacientes acometidos por condições pós-Covid-19 compromete o apoio aos entes subnacionais para o enfrentamento da situação, considerando que os recursos destinados podem ficar aquém das necessidades e aqueles entes acabarem por assumir o papel da assistência na atenção primária e na média e alta complexidade com os recursos disponíveis, com risco de comprometer a qualidade ou a quantidade do serviço de saúde prestado, e ainda prováveis óbitos decorrentes de não tratamento, afastamentos de trabalho e impactos na produtividade resultante do absenteísmo.

156. Em comentários do gestor, a unidade jurisdicionada, por intermédio da SAPS, informou que está previsto monitoramento da execução das ações por meio do número de atendimentos registrados como condição de saúde posterior à Covid-19 no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente (U.09 e U.10), e se dará de forma quadrimestral, no período de um ano, contado a partir da data de publicação da Portaria GM/MS 377/2022 (Apêndice 13).

157. Considerando que há ferramentas que possibilitam identificar, quantificar e dar publicidade aos casos de morbidade e mortalidade decorrentes das condições pós-covid-19, entende-se que deve ser mantida a proposta de recomendação nos moldes inicialmente apresentados.

158. Espera-se, com a adoção da medida aqui proposta, que o Ministério da Saúde identifique, quantifique e dê publicidade dos casos e mortalidade decorrentes de condições pós-Covid para prestar apoio adequado aos entes subnacionais, melhorando o cuidado da população acometida pela doença.

159. **Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que adote providências para identificar, quantificar e dar publicidade nos boletins epidemiológicos dos casos e da mortalidade decorrentes de condições**

Pós-Covid-19 e das ações realizadas para minimizar seus impactos à população, a fim de obter e disponibilizar informações fidedignas desses casos para prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no aperfeiçoamento de sua atuação institucional, nos termos do art. 16, item XIII da Lei 8.080/1990.

3.4 - Estruturação para enfrentamento das variantes de preocupação

160. A atuação institucional para enfrentamento de variantes de preocupação envolve uma multiplicidade de ações para evitar ou mitigar os casos importados ou para controlar e monitorar os casos dentro do território.

161. Para se conhecer a forma de atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento de variantes de preocupação, especialmente, a variante Ômicron, a equipe de auditoria solicitou informações, por meio do Ofício de Requisição 38/2022, sobre as medidas adotadas pela pasta ministerial. Em resposta, foi apresentado plano de enfrentamento (peça 434).

162. Adicionalmente, foram solicitadas informações da Anvisa por meio do Ofício 8609/2022 acerca das ações de vigilância sanitária, sendo apresentada resposta nos termos do documento de peça 400.

163. Em razão do ingresso de variantes no país, a exemplo da variante Ômicron, por envolver temas transversais, o planejamento da atuação do Ministério da Saúde foi realizado envolvendo a atuação de cada secretaria especializada, com a coordenação da Espin exercida pela Secovid (peça 434).

164. As informações da Anvisa suplementaram a contextualização do cenário epidemiológico pelo controle e enfrentamento de variantes de preocupação.

165. Não obstante a declaração do encerramento da Espin pela Portaria GM/MS 913/2022, a preparação dos órgãos para o enfrentamento de possíveis variantes, com a utilização da experiência e da estrutura formada ao longo da pandemia, é essencial para fomentar resposta na ocorrência de ingresso de novas variantes do Coronavírus.

3.4.1 Variante Ômicron

166. A variante Ômicron foi identificada em novembro de 2021 e rapidamente se disseminou pelo continente africano e europeu. Sequenciamento genômico identificou a presença dessa variante em 100% das amostras colhidas na África do Sul, 95% no Reino Unido, 94% em Israel, 88% nos Estados Unidos, 76% na Argentina e 85% no Brasil, sendo a variante dominante no mundo (peça 434).

167. Essa variante possui escape imunológico a infecções anteriores ou esquema vacinal primário, uma vez que a vacinação em pessoas com infecção natural anterior à vacinação retém neutralização de Ômicron superior à vacinação em pessoas sem a infecção natural. Ainda, as doses de reforço induzem o aumento dos anticorpos, o que significa dizer que a campanha de aumento de população para a tomada de doses de reforço é importante para evitar a proliferação de casos graves (peça 434, p. 30).

168. Conforme dados do *Royal College*, o risco de reinfecção com a variante Ômicron é 5,4 vezes maior que o da variante Delta. Isso indica que a proteção contra a reinfecção pelo Ômicron proporcionada por infecções anteriores pode estar em torno de 19%. O Ministério relatou ainda que pacientes contaminados com a variante Ômicron são 15% menos propensos a procurarem assistência médica hospitalar e a probabilidade de internação é 40% menor do que na onda da Delta.

169. De acordo com a Secovid, em razão do aumento de casos de Covid-19 nas últimas semanas de janeiro de 2022, possivelmente pela alta transmissibilidade da variante Ômicron, o Ministério da Saúde orientou a adoção de medidas com a finalidade de ampliar a taxa de imunização da população elegível, o incremento no número de doses de reforço aplicadas e a adoção de esquemas extraordinários de vacinação contra o vírus (peça 434, p. 30).

170. A pasta pugnava pela necessidade de ampliação do diagnóstico da Covid-19 em todo país, de

forma a permitir a identificação e o isolamento de pessoas infectadas com o vírus Sars-CoV-2 que estão assintomáticas, pré-sintomáticas ou com apenas sintomas leves e que podem estar transmitindo vírus, e ainda, com o recebimento do resultado na base de dados, será possível monitorar a situação epidemiológica da doença e a adoção de medidas de controle adequadas.

171. Como medida de prevenção e controle do vírus e, em especial, frente à nova variante Ômicron, a Secovid orientou que deveriam ser mantidas e fortalecidas as medidas não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados conforme orientação médica e o preconizado na nova versão do Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19, disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologicacovid-19/view.

172. Passa-se a relacionar as principais ações realizadas para estruturação e enfrentamento da variante Ômicron, que também podem constituir rotinização para enfrentamento de outras variantes que possam aparecer e circular no país de acordo com o plano apresentado pelo Ministério da Saúde.

3.4.2 Leitos de UTI-Covid

173. O monitoramento da disponibilidade de leitos de UTI e de enfermaria para pacientes com Covid-19 foi realizado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), por meio da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD), que realiza as autorizações dos leitos de UTI Covid-19, bem como dos leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar.

174. No caso de leitos para UTI-Covid-19, o gestor local deve solicitar, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), a habilitação (autorização) de leitos, com informação de garantia da existência de um respirador por leito, demais equipamentos e recursos humanos necessários, compatíveis com os dados do estabelecimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) e que os leitos estejam inseridos no Plano de Contingência do Estado com as devidas pactuações.

175. O Ministério da Saúde analisava os itens declarados e de acordo com sua capacidade orçamentária vinha habilitando os leitos de UTI-Covid nos termos da Portaria GM/MS 829/2021.

176. No ano de 2019, antes do início da epidemia, os leitos de UTI tinham a seguinte configuração (peça 434):

a) UTI Adulto Tipo I, II e III;

b) UTI Pediátrica Tipo I, II e III; e

c) UTI Neonatal Tipo I, II e III.

177. Com o advento da epidemia provocada pelo Coronavírus, foi adicionada tipologia específica. O foco desses leitos era absorção exclusiva de pacientes positivados para Covid-19 com agravamento do quadro. Assim, foram criadas as seguintes classificações no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES:

a) UTI Adulto Tipo II - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - Covid-19; e

b) UTI Pediátrica Tipo II - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - Covid-19.

178. Ao longo dos anos de 2020 e 2021, foram publicadas portarias que regulamentavam o processo de habilitação de leitos, no entanto, muito embora a nomenclatura tenha sido alterada, de habilitação para autorização, os procedimentos para a consecução das habilitações não foram afetados.

179. Nessa revisão normativa, com o fito principal de aumentar o acesso da população aos leitos de UTI e, também, com foco no paciente, intencionou-se dar mais celeridade e gerar menos problemas de execução das autorizações.

180. As portarias responsáveis pela regulamentação dos processos de habilitação de leitos em ordem cronológica, entre os anos de 2020 e 2021, são:

a) Portaria GM/MS 414, de 18 de março de 2020;

b) Portaria GM/MS 568, de 26 de março de 2020;

c) Portaria GM/MS 1.802, de 20 de julho de 2020;

d) Portaria GM/MS 3.300, de 4 de dezembro de 2020; e

e) Portaria GM/MS n. 829, de 28 de abril de 2021.

181. O Ministério da Saúde informou que, em dezembro de 2020, havia 22.417 leitos de UTI-Covid disponíveis, sendo que, no ápice da pandemia em 2021, foram habilitados 26.669 leitos, adultos e pediátricos, custeados pelo Ministério da Saúde.

182. Com a diminuição dos casos de contaminação no último trimestre de 2021, ocorreu queda das internações hospitalares e, consequentemente, houve redução de leitos para 15.845 (janeiro de 2022). Entretanto, caso seja necessário, a Secovid entende que há estrutura disponível para novas habilitações que permitem alcançar novamente os 26.669 leitos.

183. O Ministério da Saúde informou, em síntese, que no ano de 2021 houve:

a) continuidade e ampliação do custeio extraordinário de leitos de terapia intensiva para os pacientes com Covid-19, alcançando, no pico, mais de 26 mil leitos adultos e pediátricos custeados pelo governo federal;

b) autorização e custeio de mais de 4 mil leitos de suporte ventilatório pulmonar;

c) transferência de R$1,7 bilhão para apoiar o custeio de leitos clínicos (de enfermaria) ocupados por pacientes da Covid-19.

184. Em pesquisa no painel LocalizaSus, acesso em 8/4/2022, consta informação de que a União despendeu, no período de 2020 e 2021, R$ 14,18 bilhões com habilitação de 19.517 leitos, 13.903 autorizações e 19.370 prorrogações. Considerando que tais leitos foram criados, possuindo estrutura de oferta, a possibilidade de reativação adere ao que foi informado pelo órgão.

185. No início de janeiro, com a escalada no Brasil da contaminação pela variante Ômicron, havia possibilidade de a taxa de ocupação de leitos chegar a limites máximos ou a taxa de alerta (superior a 60% de ocupação), porém a expectativa não se materializou, salvo em locais específicos.

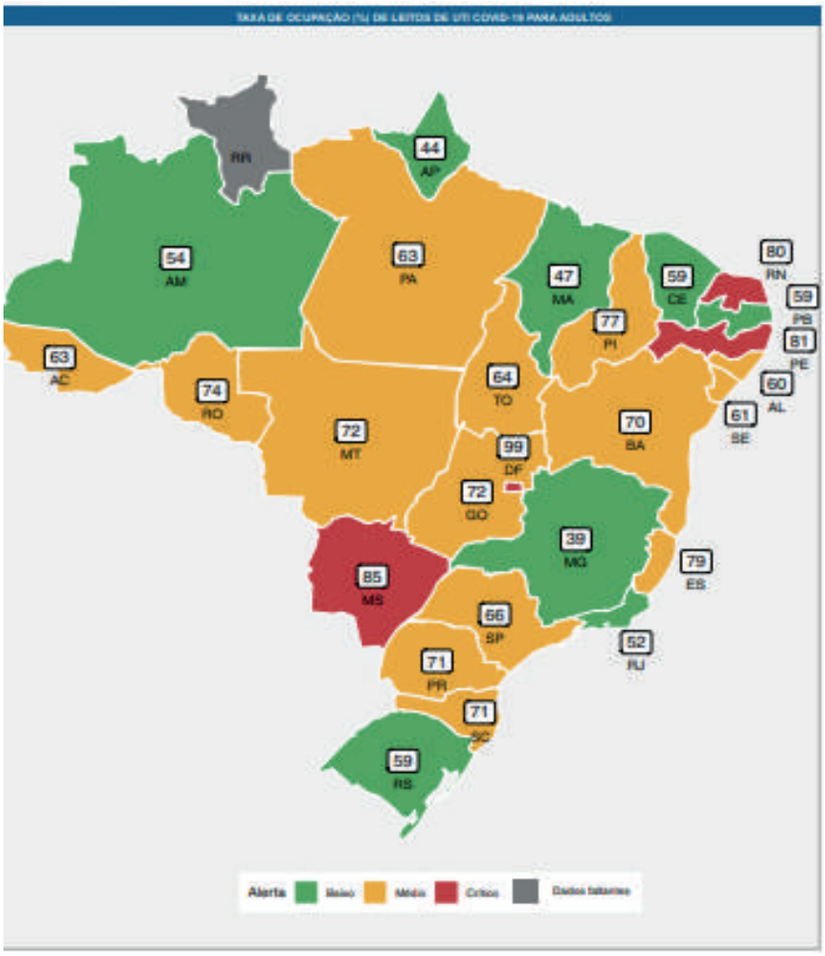
186. O Observatório Covid da Fiocruz emitiu nota técnica, de 15/2/2022, apresentando análise acerca da taxa de ocupação de leitos, indicando, no geral, tendência de redução, com dados de 14/2/2022 (peça 445).

187. Segundo o estudo, quatro unidades federativas estavam na zona de alerta crítico (fevereiro de 2022): Rio Grande do Norte (80%), Pernambuco (81%), Mato Grosso do Sul (85%) e o Distrito Federal (99%). Catorze estados estavam na zona de alerta intermediário: Rondônia (74%), Acre (63%), Pará (63%), Tocantins (64%), Piauí (77%), Alagoas (60%), Sergipe (61%), Bahia (70%), Espírito Santo (79%), São Paulo (66%), Paraná (71%), Santa Catarina (71%), Mato Grosso (72%) e Goiás (72%).

188. Entre as capitais com taxas divulgadas, sete estavam na zona de alerta crítico: Rio Branco (80%), Natal (percentual estimado de 84%), João Pessoa (81%), Rio de Janeiro (81%), Campo Grande (91%), Goiânia (82%) e Brasília (99%). Doze capitais estavam na zona de alerta intermediário: Porto Velho (78%), Palmas (65%), Teresina (70%), Fortaleza (70%), Maceió (69%), Salvador (69%), Belo Horizonte (75%), Vitória (78%), São Paulo (64%), Curitiba (70%), Porto Alegre (63%) e Cuiabá (67%).

189. Na figura abaixo, apresenta-se a taxa de ocupação nas unidades da federação, com dados de 14/2/2022.

Figura 3 - Taxa de ocupação de leitos nas unidades da federação



Fonte: Observatório Covid Fiocruz (peça 445)

190. Neste ponto, 24 Secretarias do Tribunal nos Estados e a SecexSaúde realizaram produção de conhecimento, com dados obtidos juntos às secretarias estaduais de saúde, que em sua maioria informaram que os ventiladores pulmonares distribuídos pelo Ministério da Saúde para habilitação de leitos de UTI-Covid foram realocados em locais distintos do originalmente previsto, em decorrência do arrefecimento dos casos, e que a maior parte desses equipamentos seguem funcionando normalmente. A flexibilização no emprego desses equipamentos, em períodos de baixa demanda por leitos Covid-19, gera eficiência no sistema de saúde em outras áreas de cuidado.

191. Considerando as informações prestadas pelo Ministério da Saúde, as informações disponibilizadas pelo Observatório Covid da Fiocruz e as análises empreendidas dos dados constantes dos sistemas corporativos de saúde e prestadas pelas secretarias estaduais de saúde, bem como pelo comportamento dinâmico da pandemia, deve-se manter o acompanhamento da taxa de ocupação de leitos e as medidas adotadas para habilitação/autorização para ofertar leitos de UTI necessários para atender as demandas da pandemia.

192. Ressalte-se que, com o encerramento da Espin, sugere-se que o Ministério da Saúde continue monitorando a taxa de ocupação de leitos, de UTI e Clínicos, conforme recomendação procedida no item 3.1.1 deste relatório.

3.4.3 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar

193. Os Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP) é uma estratégia aliada aos leitos de UTI Covid-19, objetivando o acolhimento de pacientes com quadro leve a moderado da doença, os quais dependam em alguma medida de algum tipo de auxílio respiratório.

194. Em adição, o processo de habilitação/autorização de leitos de suporte ventilatório pulmonar sofreu alterações para melhor execução das análises e, consequentemente, dar mais transparência e facilitar o acesso e controle pelos gestores de saúde requerentes.

195. Segue o histórico das normativas regulamentadoras publicadas entre os anos de 2020 e 2021:

a) Portaria GM/MS 1.521, de 15 de junho de 2020;

b) Portaria GM/MS 1.862, de 29 de julho de 2020 (alteração da Portaria GM/MS 1.521, de 15 de junho de 2020);

c) Portaria GM/MS 3.467, de 17 de dezembro de 2020;

d) Portaria GM/MS 471, de 17 de março de 2021;

e) Portaria GM/MS 1.412, de 28 de junho de 2021.

196. Os leitos de suporte ventilatório pulmonar, ao contrário dos leitos de UTI, podem ser habilitados em unidades temporárias comumente conhecidas pelo nome de hospitais de campanha.

197. No ano de 2021, foram habilitados 4.305 leitos de suporte ventilatório pulmonar.

198. No painel LocalizaSus, acesso em 8/4/2022, consta informação que foram despendidos R$ 573,2 milhões, sendo autorizadas 3.223 LSVP e 1.935 prorrogações.

199. Esses leitos não estão mais sendo autorizados pelo Ministério da Saúde a partir do exercício de 2022 (peça 593, p.77).

3.4.4 Suprimento de oxigênio medicinal

200. O Ministério da Saúde informou que o suprimento de oxigênio compete aos entes subnacionais, cabendo a atuação complementar da União, caso seja demandada, conforme orientação do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 da Presidência da República, nos termos da Resolução 12, de 9 de fevereiro de 2021 (peça 434).

201. Diante do normativo, a pasta informa os procedimentos para atendimento de demandas dos entes subnacionais, devendo ser autuado processo no SEI, e análise de três elementos fundamentais:

a) comprovação do exaurimento dos recursos ou de sua insuficiência;

b) o ente postulante já realizou todos os atos que podia ter realizado para aquisição própria do insumo; e

c) especificação qualitativa e quantitativa do insumo pretendido.

202. O Ministério da Saúde, na atuação de forma complementar, implantou o Plano Oxigênio Brasil que engloba ações voltadas a apoio extraordinário a estados e municípios, quando do exaurimento de suas capacidades.

203. No cenário epidemiológico de janeiro de 2022, não havia nenhuma ação do plano em andamento, em razão de não haver necessidade de suporte complementar aos Estados para o fornecimento de oxigênio. Entretanto, as ações previstas neste plano podem ser retomadas em curto prazo de tempo.

204. O Ministério da Saúde apoiou o suprimento de oxigênio aos entes subnacionais, a exemplo do Amazonas, Amapá, Rondônia, Acre, Mato Grosso (peça 434, p. 8).

205. Na representação sobre a crise do oxigênio em Manaus, que tramita no processo TC 000.344/2021-4, o Tribunal deliberou na forma do Acórdão 676/2022 – TCU - Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, determinando ao Ministério da Saúde elaborar, em sessenta dias, plano de ação para monitorar o abastecimento de oxigênio medicinal nos entes subnacionais, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional.

206. Ressalte-se que, com o encerramento da Espin, sugere-se que o Ministério da Saúde continue monitorando a taxa de ocupação de leitos, de UTI e Clínicos, conforme recomendação procedida no item 3.1.1 deste relatório, que implica em maior demanda de consumo de oxigênio.

3.4.5 Monitoramento da disponibilidade de medicamentos de intubação orotraqueal

207. Os medicamentos para Intubação Orotraqueal (IOT), que compreendem anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, dentre outros, utilizados pelos hospitais de referências, são de responsabilidade dos entes estaduais, municipais ou distrital e dos próprios hospitais.

208. No âmbito do Ministério da Saúde, essa atribuição é feita pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) – peça 434.

209. O Ministério da Saúde deliberou pela constituição de um estoque de reserva desses medicamentos, no quantitativo equivalente a 60 dias de consumo, baseado na média das 60 semanas de monitoramento.

210. O órgão informou que está em desenvolvimento o plano para gestão de riscos, que tem como objetivos específicos:

a) compor e monitorar estoque de reserva no Ministério da Saúde para pronto atendimento;

b) manter quantitativo de medicamentos para IOT registrado em Ata para pronta execução;

c) manter quantitativo de medicamentos para IOT previsto em plano de trabalho de aquisição internacional em cooperação com a OPAS;

d) manter reserva orçamentária específica para aquisição de medicamentos para IOT;

e) realizar o monitoramento da demanda junto aos estados e municípios em parceria com o Conass e Conasems; e

f) realizar o monitoramento da oferta dos medicamentos para IOT no mercado nacional.

211. O monitoramento da demanda e o consumo dos medicamentos para intubação orotraqueal é informado pelo Conass, que realiza um levantamento junto às Secretarias Estaduais de Saúde, consolida e envia as informações referentes ao Consumo Médio Mensal (CMM).

212. A distribuição dos medicamentos às unidades federativas, definida a partir do monitoramento e da avaliação tripartite, é operacionalizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) e pelo Departamento de Logística (DLOG/SE) e as informações sobre a distribuição são enviadas ao Conass e Conasems para que disseminem a informação à secretaria de saúde interessada.

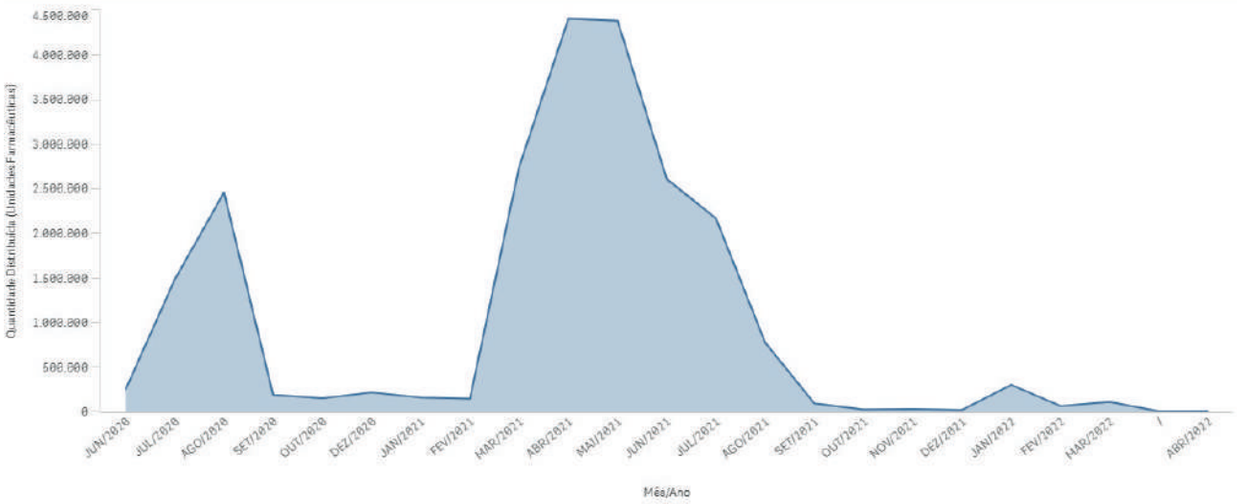
213. O Ministério da Saúde utilizou dos seguintes meios para atendimento das demandas de medicamentos de IOT: pregão, doação, Ata de Registro de Preços, aquisições por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde e requisição administrativa.

214. Foram distribuídas 17,5 milhões de unidades de medicamentos IOT em 2021, e 4,7 milhões em 2020, totalizando mais de 22 milhões de unidades distribuídas durante a situação de emergência sanitária decorrente do Covid-19.

215. Por fim, o ministério informou que possui um estoque de mais de 18 milhões de unidades farmacêuticas destes medicamentos para apoiar os entes federados frente ao possível aumento no consumo, constando as informações de distribuição no painel LocalizaSus.

216. No painel LocalizaSus, acesso em 8/4/2022, consta distribuição de medicamentos IOT no quantitativo de 22,8 milhões, com pico de distribuição em março e abril de 2021, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Quantidade de medicamentos IOT distribuídos



Fonte: LocalizaSus (acesso em 8/4/2022)

217. Em relação às informações já apresentadas no sexto ciclo, o Ministério da Saúde agregou a criação de um plano de gestão de riscos no âmbito da SCTIE.

218. Ressalte-se que, com o encerramento da Espin, sugere-se que o Ministério da Saúde continue monitorando a cobertura de medicamentos IOT (demanda e consumo), conforme recomendação procedida no item 3.1.1 deste relatório.

3.4.6 Monitoramento da vacinação

219. O monitoramento da vacinação é feito pela Secretaria Extraordinária de Enfrentamento Covid-19 (Secovid) – peça 434.

220. A estrutura de vacinação existente conta com 38 mil salas de vacinação em todo o país, sendo que em campanhas realizadas anualmente esse número chega até 50 mil postos, além de 52 Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

221. O ministério informou que desde o início da campanha de vacinação foram distribuídas 400.553.089 doses de vacina contra a Covid-19, que resultou na aplicação de mais de 334 milhões de doses, com mais de 144 milhões de pessoas com esquema vacinal completo (com as duas doses da vacina ou com o imunizante de dose única). Em 2022, a expectativa é de entregar mais 354 milhões de doses para o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19.

222. O país atingiu o percentual de 91% do público-alvo da vacinação contra a Covid-19 (população com 12 anos e mais) com pelo menos a primeira dose, bem como 75% da população com as duas doses (janeiro de 2022).

223. Existem ainda cerca de 87 milhões de doses de vacinas Covid-19 em estoque (https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_LIBERA_VACINA/DEMAS_LIBERA_VACINA.html), para a continuidade da vacinação no Brasil decorrentes de contratos já assinados para o ano de 2022.

224. Além disto, encontra-se em curso a vacinação com dose de reforço para toda a população acima de 18 anos que deve ser administrada 4 meses após a última dose do esquema vacinal primário, conforme previsto na Nota Técnica Secovid 65/2021 - Antecipação da Dose de Reforço, bem como a vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos.

225. Dado o cenário epidemiológico existente, o órgão informou que foi emitida a Nota Técnica Secovid 65/2021, a qual, considerando medidas de intensificação da vacinação nesses locais, tais como a antecipação da aplicação da dose de reforço e adoção de esquemas extraordinários de vacinação contra a Covid-19, principalmente na Europa em decorrência da Variante Ômicron, estipulou antecipação do intervalo para dose de reforço de vacinas em pessoas com mais de 18 anos e imunocomprometidas, bem como foi reiterada a Nota Técnica Secovid 2/2022, que trata da

vacinação de crianças de 5 a 11 anos contra Covid-19 durante a Pandemia da Covid-19.

226. Ainda, o ministério afirma que tem monitorado a situação da vacinação contra a Covid-19 nas unidades federadas, cujos dados analisados têm sido publicados mensalmente por meio dos Boletins Epidemiológicos (disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletinsepidemiologicos/covid-19/2021), tendo identificado estados com dificuldades de alcançar boas coberturas vacinais, em especial os estados da região Norte (peça 434).

227. O órgão informou que, em ação conjunta da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde Ação (SAPS) em parceria com a OPAS, está sendo desenvolvido projeto que tem como objetivo dar apoio e suporte técnico e operacional com vistas a elevar as coberturas vacinais contra a Covid-19 em municípios com baixa cobertura vacinal.

228. A ação teve por objetivos específicos, considerando o foco da atenção primária à saúde (APS):

a) articulação com os gestores locais da APS e Vigilância para a implementação de medidas para elevar as coberturas vacinais contra a Covid-19 e demais vacinas elencadas no calendário nacional de vacinação;

b) orientação aos gestores para a execução de ações de intensificação vacinal extramuros e de digitação dos registros de vacinados que, por quaisquer motivos, não foram incluídos nos sistemas oficiais de informação, sendo um dos focos a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca ativa das pessoas com vacinas atrasadas;

c) planejamento e proposição, junto aos gestores, de ações factíveis nos eixos temáticos de imunização, vigilância epidemiológica e Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), sistema de informação e comunicação, além de orientar a documentação e o monitoramento da sua implementação.

229. Segundo o Ministério da Saúde, insta consignar que as ações para elevação das coberturas vacinais contra a Covid-19 são de extrema relevância e se mostram positivas para o combate a nova variante de preocupação (Ômicron), pois, apesar de a publicação de estudo de anticorpos neutralizantes indicar redução significativa da capacidade de neutralização para essa variante em indivíduos previamente vacinados com diferentes vacinas, considerando o observado com as demais variantes, é esperado que a efetividade para prevenção de formas graves mantenha-se em taxas elevadas (peça 434, p.12).

230. Em relação ao monitoramento da vacinação, as informações trazidas aos autos indicam suficiência da quantidade de vacinas para imunização de toda população-alvo, conforme item 2.2, (Tabela 2), porém os percentuais de cobertura vacinal de grupos prioritários e por faixa etária não são divulgados nos sistemas públicos do Ministério da Saúde, nos termos da análise empreendida no item 3.2.1 – Ausência de informações dos indicadores de vacinação.

231. Em relação ao uso de máscaras, a medida é necessária para evitar a disseminação do vírus, todavia, em razão da diminuição do número de casos e de óbitos, os governos locais começaram a flexibilizar a exigência do uso de máscara, inicialmente em ambientes abertos e depois até em ambientes fechados. O estado da Paraíba, até abril de 2022, era o único estado que ainda exigia o uso de máscara, sendo a medida flexibilizada em 8/4/2022 (https://www.cnnbrasil.com.br/saude/uso-de-mascara-deixa-de-ser-obrigatorio-em-todos-os-estados-brasileiros/).

232. A não obrigatoriedade da máscara não invalida que as pessoas que não se sintam seguras continuem utilizando o equipamento, bem como aquelas pessoas imunocomprometidas e pessoas que apresentam sintomas respiratórios, cabendo ao poder público realizar campanhas de orientação para recomendar o uso nestes casos, uma vez que persiste a circulação do Sars-CoV-2, asseverando quanto ao uso correto da máscara e da qualidade do equipamento utilizado, a exemplo da máscara N95.

233. Ressalte-se que, com o encerramento da Espin, sugere-se que o Ministério da Saúde continue

monitorando a cobertura vacinal, conforme recomendação procedida no item 3.1.1 deste relatório.

3.4.7 Protocolos para vigilância sanitária em portos e aeroportos

234. O órgão informou que a atuação para estabelecimento de protocolo para vigilância sanitária em portos, aeroportos e pontos de fronteira é realizada de forma conjunta com a participação do Ministério da Saúde, Ministério de Segurança Pública e Ministério da Infraestrutura, bem como da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

235. Noticiou ainda que o protocolo para vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras secas estão consolidados na Portaria Interministerial 663, de 20 de dezembro de 2021, que dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no país, nos termos da Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

236. Em razão do recrudescimento da doença advindo do ingresso da variante Ômicron no país, a portaria trazia como requisitos para entrada no país a apresentação, antes do embarque, de documento comprobatório de realização de teste para rastreio da infecção pelo coronavírus, com resultado negativo ou não detectável, do tipo teste de antígeno, realizado em até vinte e quatro horas anteriores ao momento do embarque, ou laboratorial RT-PCR, realizado em até setenta e duas horas anteriores ao momento do embarque, bem como a apresentação de comprovante de vacinação, impresso ou em meio eletrônico, com imunizantes aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou pela Organização Mundial da Saúde ou pelas autoridades do país em que o viajante foi imunizado, cuja aplicação da última dose ou dose única tenha ocorrido, no mínimo, quatorze dias antes da data do embarque (peça 434).

237. Informou ainda que a Anvisa emitiu o Protocolo de Procedimentos para Embarque e Desembarque de Tripulantes de Embarcações e Plataformas disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/paf/coronavirus/arquivos/arquivos-protocolos/protocolo-procedimento-paraembarque-e-desembarque-de-tripulantes-de-embarcacoes-e-plataformas.pdf/view.

238. Por fim, a Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (Infraero) tornou público o documento Medidas de Proteção Adotadas Contra a Covid-19, disponível em: https://www4.infraero.gov.br/coronavirus/.

239. A Lei 9.782/1999 criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a competência pela coordenação da vigilância sanitária foi atribuída à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Além da execução e coordenação das atividades de vigilância sanitária, a citada lei atribuiu à Anvisa a execução da vigilância epidemiológica em portos, aeroportos e fronteiras (peça 400).

240. A Lei 13.979/2020, em seu inciso VI do *caput* do artigo 3º, definiu que as medidas de restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos são de competência conjunta dos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Infraestrutura e que a adoção dessas medidas deve ser precedida de recomendação técnica e fundamentada da Anvisa, conforme inciso I do § 6º-B.

241. No exercício dessa competência, a Anvisa realizou recomendações ao grupo de ministros, conforme abaixo (peça 400, p. 8-10):

a) Nota Técnica 112/2021 - GGPAF/DIRE5/ANVISA: emite recomendações para adoção da cobrança de certificados de vacinação no modal terrestre;

b) Nota Técnica 113, de 2021 - GGPAF/DIRE5/ANVISA: emite recomendações para adoção da cobrança de certificados de vacinação no modal aéreo;

c) Nota Técnica 218/2021/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA: emite esclarecimentos sobre as recomendações feitas pela Anvisa a pedido da Casa Civil;

d) Nota Técnica 203/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA: recomenda medidas restritivas de caráter temporário em relação aos voos e viajantes procedentes da África do Sul, Botsuana, Eswatini, Lesoto, Namíbia e Zimbábue, em decorrência da nova variante do Sars-CoV-2 identificada como B.1.1.529;

e) Nota Técnica 204/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA: recomenda, de forma complementar,

que fossem incluídas nas restrições os países Angola, Malawi, Moçambique e Zâmbia; e

f) Nota Técnica 208/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA: detalha os fundamentos considerados pela Anvisa para recomendar a ampliação das medidas de restrição.

242. As Notas Técnicas 112 e 113/2021 foram parcialmente acolhidas pela Portaria Interministerial 661/2021.

243. Medida Cautelar acolhida na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 913 - Distrito Federal, da lavra do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Luís Roberto Barroso, conferiu interpretação conforme a Constituição à Portaria Interministerial 661/2021, ao que determinou:

(i) a Portaria nº 661/2021 deverá ser interpretada nos estritos termos das Notas Técnicas nº 112 e 113/2021 da ANVISA; e

(ii) a substituição do comprovante de vacinação pela alternativa da quarentena somente se aplica aos viajantes considerados não elegíveis para vacinação, de acordo com os critérios médicos vigentes, ou que sejam provenientes de países em que, comprovadamente, não existia vacinação disponível com amplo alcance, ou, ainda, por motivos humanitários excepcionais.

244. Em decorrência desta decisão, a Casa Civil encaminhou à Anvisa o Ofício Circular 150/2021/SE/CC/CC/PR solicitando avaliação e manifestação sobre o conteúdo de uma minuta de portaria interministerial. Em resposta, foi elaborada a Nota Técnica 218/2021/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA, contendo esclarecimentos sobre as recomendações feitas pela Anvisa (peça 400, p. 8).

245. Com a descoberta da variante Ômicron, em 25 de novembro, a Anvisa enviou, no dia 26 de novembro, à Casa Civil da Presidência da República, a Nota Técnica 203/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA, recomendando medidas restritivas aos voos e passageiros procedentes de países africanos. A recomendação foi acolhida pela Portaria Interministerial 663/2021 (peça 400, p. 60).

246. Com a evolução dos casos da variante Ômicron, a Anvisa emitiu, em 28/11/2021, a Nota Técnica 204/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA, recomendando de forma complementar, que fossem incluídas nas restrições os países Angola, Malawi, Moçambique e Zâmbia.

247. Considerando que esta última recomendação não foi acatada de pronto, em 1° de dezembro, foi encaminhada à Casa Civil, a Nota Técnica 208/2021/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA, que detalhava os fundamentos considerados pela Anvisa para recomendar a ampliação das medidas de restrição.

248. As recomendações para ampliação dos países com restrições de entrada no Brasil não foram incorporadas em nenhuma nova versão da portaria interministerial.

249. Com a evolução da pandemia, a transmissão da Ômicron se dissipou por inúmeros países, sendo emitida a Nota Técnica 224/2021/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA pela suspensão das restrições impostas às aeronaves e viajantes vigentes, desde que fossem mantidas as demais medidas para viajantes de procedência internacional abordadas nas Notas Técnicas 112, 113 e 208/2021/SEI/GGPAF/DIRE5/ANVISA, ou seja, exigência de testes pré-embarque, preenchimento da Declaração de Saúde do Viajante (DSV), comprovante de vacinação contra a Covid-19 e quarentena após desembarque no Brasil.

250. A recomendação foi incorporada na Portaria Interministerial 666/2022 (peça 400, p. 10).

251. Após a apresentação das informações do Ministério da Saúde, com a redução do número de casos e óbitos, em 28/3/2022, a Anvisa encaminhou a Nota Técnica 40/2022 ao conselho de ministros sugerindo a suspensão da exigência de testes de detecção do vírus, de isolamento e Declaração de Saúde do Viajante (DSV) a partir de 1º maio de 2022 (peça 435).

252. De acordo com a nota técnica, a vacinação deve permanecer como o eixo central da política nacional de fronteiras para todos os modais de transporte, necessitando ser comprovada a vacinação completa para todos os indivíduos elegíveis que pretendam ingressar em território nacional.

253. Para viajantes provenientes de áreas de baixa cobertura vacinal e de indivíduos não elegíveis por questões de saúde ou de idade, recomendou, em substituição ao comprovante de vacinação, apresentação de resultado negativo para Covid-19 em teste realizado em até um dia antes do embarque ou desembarque no Brasil.

254. Em 1º/4/2022, foi publicada a Portaria Interministerial 670/2022, a qual retirou as exigências sugeridas pela Anvisa em todos os modais, exigindo a comprovação do ciclo vacinal completo, salvo:

> I - ao viajante com condição de saúde que contraindique a vacinação, desde que atestada por laudo médico;
>
> II - aos não elegíveis para vacinação em função da idade, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Sars-Cov-2 (covid-19) e publicados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde;
>
> III - ao ingresso de viajante no País em virtude de questões humanitárias, na forma do art. 19;
>
> IV - aos provenientes de países com baixa cobertura vacinal, conforme divulgação do Ministério da Saúde em seu sítio eletrônico; e
>
> V - aos brasileiros e estrangeiros residentes no território brasileiro que não estejam completamente vacinados.

255. Como se observa, a Portaria Interministerial 670/2022 flexibilizou as medidas restritivas um mês antes do sugerido pela Anvisa. Em razão da dinâmica da pandemia, que alterna em ciclos de maior e menor intensidade, o ato não adota postura conservadora acerca da adoção da medida, todavia, caso o cenário tenda a piorar, o mecanismo poderá ser acionado novamente para elevação das barreiras de entrada.

256. Ressalte-se que, por meio do Acordão 2.878/2021 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo, que deliberou sobre o sexto ciclo do acompanhamento, foi determinado, em seu item 9.4, aos Ministros da Casa Civil, Segurança Pública, Saúde e Infraestrutura, a inclusão da carteira de vacinação, medida que foi cumprida, nos termos da Portaria Interministerial 663/2021 e mantida na Portaria Interministerial 660/2022.

257. Em razão da importância estratégica da medida para evitar ou mitigar a entrada de casos importados, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde para que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, a exemplo da carteira de vacinação de passageiros que ingressem no país, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.8 Ações para detecção, notificação, investigação e monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19

258. O Ministério da Saúde informou que as ações para detecção, notificação, investigação e monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19 é conduzida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – peça 434.

259. Acrescentou que, para efetivação dessas atribuições, em 2022 foram adquiridos 13.699.968 testes de RT-PCR, sendo distribuídos 14.967.092 para os entes subnacionais. O número de testes distribuídos em 2021 foi maior que o adquirido pois o total corresponde também ao quantitativo remanescente adquirido em 2020.

260. A distribuição de testes decorre do que estabelece o Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 (PNE Teste), lançado em 17 de setembro de 2021 e disponível em https://www.gov.br/saude/ptbr/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-expansao-datestagem-para-covid-19.pdf/view, com a finalidade de expandir o diagnóstico da Covid-19 por meio de teste rápido de antígeno (TR-Ag), para uso em indivíduos sintomáticos e assintomáticos, monitorar a situação epidemiológica e direcionar os esforços do Sistema Único de Saúde na contenção da pandemia no território nacional.

261. A pasta ministerial informou que, em 2021, foram adquiridos da Fiocruz o total de 60 milhões de testes TR-Ag, sendo entregues 44.571.930 de testes e distribuídos 43.741.500 testes aos Estados,

decorrentes de sete pautas ordinárias e pautas extras de distribuição para atendimento a demandas emergências e/ou específicas.

262. Além do programa de testagem, foi criada a Rede Vigiar-SUS, em 2021, para ampliar, modernizar e fortalecer os componentes da Vigilância em Saúde que atuam nos eixos de detecção, monitoramento, alerta e resposta às Emergências em Saúde Pública.

263. Entre suas metas constam a ampliação e o fortalecimento da Rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs), o fortalecimento dos núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, a ampliação e fortalecimento das Equipes de Pronta Resposta, e a ampliação e o fortalecimento dos serviços de verificação de óbitos no Brasil.

264. Adicionalmente, o Ministério da Saúde informou que os resultados obtidos pelo Vigiar-SUS representam um legado para a saúde pública, no que tange as ações de gestão de riscos a eventos em saúde pública que possam vir a se tornar emergências.

265. Ainda, está sendo realizado o estudo de soroprevalência de Covid-19 no Brasil, cujo objetivo é estimar a prevalência da infecção pelos vírus Sars-CoV-2 em residentes do Brasil com estimativas para as capitais, unidades federadas, regiões metropolitanas e grandes regiões do país.

266. O estudo será realizado em um total de 274 municípios, com a previsão de visita em 62.097 domicílios e amostragem em 211.129 indivíduos. O ministério afirmou que o estudo trará evidências científicas do comportamento do vírus na população brasileira, com cálculos mais precisos de indicadores de recuperação, morbidade e letalidade causada pela doença, oferecendo maiores embasamentos técnico-científicos para o processo de tomada de decisão.

267. O Ministério da Saúde reiterou o reforço às medidas não farmacológicas para retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social (peça 434, p. 15).

268. Acrescentou ainda que foram adotadas medidas também no campo da atenção primária, desenvolvidas pela Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), a qual está mobilizando sua rede da APS sobre a importância do rastreamento e monitoramento de contatos de casos suspeitos de Covid-19, considerando suas diferentes variantes, orientando gestores e profissionais sobre plataforma de notificação, fluxo, processo de trabalho das equipes, com vistas ao apoio a todo movimento já realizado pela SVS.

269. Foi informado ainda que a SAPS realizará, no ano de 2022, reuniões com os gestores estaduais e municipais de saúde da APS, bem como da vigilância, para acompanhar a distribuição de testes e para mobilizar a rede de atenção primária para apoiar na qualificação e organização do processo de testagem da população.

270. Acerca da criação e execução de plano de testagem, o Tribunal exarou deliberação por meio do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.3, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, determinando estas providências, estando em monitoramento neste ciclo no tópico 8 deste relatório.

271. Cabe mencionar que, no trabalho de produção de conhecimento feito pelas Secretarias do Tribunal nos Estados e pela SecexSaúde, foram mencionadas dificuldades enfrentadas pelos entes subnacionais relativas ao programa de testagem, a exemplo de atraso no envio de testes pelo Ministério da Saúde nos meses iniciais da pandemia, baixa disponibilidade do produto, que impediu a realização de testagem em massa da população, restringindo sua aplicação aos grupos de maior risco, complexidade na logística de distribuição de testes para municípios do interior (uso de vários modais para chegar a seu destino), além da demora na incorporação de testes de antígeno, problemas que só foram atenuados ou resolvidos após o primeiro ano da pandemia.

272. O estudo sobre soroprevalência está sendo feito no programa Prevcov, que tem entre seus objetivos específicos descrever as características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas dos participantes da pesquisa que tenham sido infectados por Sars-CoV-2 e estimar a magnitude da infecção nas capitais, regiões metropolitanas, unidades federadas e grandes regiões do país para permitir cálculos mais precisos da morbidade e letalidade pela doença, envolvendo valores na ordem de R$ 59 milhões para sua execução.

273. No sexto ciclo do acompanhamento, a equipe de auditoria formulou representação que envolve a Prevcov nos autos do TC 044.725/2021-3.

274. Em razão de a temática envolver medidas de prevenção à infecção pelo Coronavírus dispostas no plano de enfrentamento de novas cepas, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, a exemplo da testagem, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.9 Ações para investigação, notificação, monitoramento de casos de Covid-19 por Variantes de Preocupação (*variants of concern* -VOC), variantes de interesse (*variants of interest* - VOI) ou variantes sob monitoramento (*variant under monitoring* - VUM)

275. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com o risco apresentado à saúde pública, as variantes do vírus Sars-CoV-2 podem ser classificadas como Variantes de Preocupação (VOC), Variantes de Interesse (VOI) ou Variantes sob monitoramento (VUM). A variante Ômicron é considerada uma VOC pela OMS desde 26 de novembro de 2021.

276. Para a saúde pública, o sequenciamento genético do vírus Sars-CoV-2, aliado a outros estudos, possibilitam sugerir se as mutações identificadas podem influenciar potencialmente na patogenicidade, transmissibilidade, além de direcionar medidas terapêuticas, diagnósticos ou ainda contribuir no entendimento da resposta vacinal.

277. Diante desse cenário, para efeitos da vigilância genômica de Sars-CoV-2, o Ministério da Saúde emitiu o Ofício 119/2020/CGLAB/DAEVS/SVS/MS, de 18 de junho de 2020, o qual determina que somente amostras detectáveis/positivas para Sars-CoV-2 por RT-PCR, em tempo real, devem seguir para realização do sequenciamento genômico (peça 434).

278. Ainda, em fevereiro de 2021, foi publicado o Guia de Vigilância Genômica do vírus Sars-CoV-2, contendo a estratégia de atuação da SVS para fortalecer a vigilância genômica, estabelecendo, dentre outras, o instrumento e o fluxo padronizado de comunicação dos dados do sequenciamento das amostras do vírus e elaborar orientação padrão para vigilância em saúde para análise dos dados epidemiológicos dos indivíduos que apresentaram Covid-19 pelas VOCs.

279. O Ministério da Saúde informou que, no Brasil, considerando que o sequenciamento genômico está sendo realizado por vários laboratórios e que nem todos pertencem à Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), os resultados não estão concentrados em um único sistema de informação (peça 434).

280. Muitos resultados de laboratórios que não pertencem à RNLSP, como laboratórios privados ou de universidades, não seguem o fluxo preconizado pelo Sistema Único de Saúde, divulgando inicialmente os resultados em sites abertos de sequenciamento genômico.

281. Os municípios ou estados podem ser notificados por esses laboratórios ou serem notificados posteriormente à inclusão dos dados nesses sites. Tais situações levaram à instituição de um monitoramento das Variantes de Preocupação em nível nacional.

282. Ainda, foi informado que a SVS realiza levantamento semanal com as Secretarias de Saúde dos entes subnacionais, sobre os resultados dos sequenciamentos genômicos informados pela RNLSP e/ou por outros laboratórios. Em relação à variante Ômicron, desde o seu surgimento, o monitoramento dos casos é diário.

283. O ministério informou que, até 12/1/2022, foram notificados à SVS 1.265 casos da VOC Ômicron em 15 unidades da federação. Destes, houve confirmação de 426 casos, para os quais foi realizado o sequenciamento genômico completo, sendo que um caso evoluiu a óbito; 25 casos prováveis, ocorrendo o sequenciamento genômico parcial; e 814 casos sugestivos, para os quais foi realizado o RT-PCR de inferência ou encerramento por critério epidemiológico e dois casos evoluíram para óbito (peça 434).

284. Por meio da Nota Técnica 1.129/2021 - CGPNI/DEIDT/SVS/MS, que contém orientações para a vigilância em saúde, no que se refere aos aspectos epidemiológicos e laboratoriais da vigilância genômica da Covid-19, são estabelecidos:

a) os métodos diagnósticos utilizados na vigilância laboratorial de infecções de SARS-CoV-2 por VOC, VOI ou VUM;

b) as definições de casos confirmados, prováveis, sugestivos e descartados de Covid-19 por VOC, VOI ou VUM, bem como de casos importados e autóctones, e transmissão esporádica e comunitária;

c) o processo de notificação, investigação e encerramento de casos de Covid-19 por VOC, VOI ou VUM; e

d) o processo de seleção de amostras para sequenciamento genômico completo, sequenciamento genômico parcial ou RT-PCR de inferência.

285. O Ministério da Saúde informou ainda que, desde o surgimento da VOC Ômicron, tem reforçado as orientações aos serviços de vigilância, no que diz respeito à investigação dos casos suspeitos de Covid-19 de pessoas oriundas de países com circulação de VOC.

286. Essa investigação deve seguir os fluxos preconizados pelas vigilâncias locais, bem como contemplar criteriosamente os seguintes passos:

a) monitoramento de viajantes com sinais e sintomas declarados por pelo menos 14 dias: se indivíduo procedente de país com caso confirmado de VOC Ômicron e apresentar manifestações clínicas sugestivas de Covid-19 nos 14 dias após o desembarque no Brasil, o mesmo deve realizar RT-PCR para detecção do SARS-CoV-2 e a amostra, se positiva, deve ser encaminhada para sequenciamento genômico em laboratório de referência; e

b) monitoramento de viajantes assintomáticos por pelo menos 7 dias se apresentar resultado de antígeno ou RT-PCR negativo/não detectável ou monitoramento por 10 dias se não realizar testagem e não apresentar sinais ou sintomas.

287. O Ministério da Saúde informou também que, nos procedimentos para a investigação epidemiológica, devem ser considerados alguns pontos importantes relacionados a potencial circulação de VOC Ômicron:

a) viagens ao exterior, em especial a países com histórico de casos nas últimas 4 semanas;

b) existência de casos semelhantes na família, em parentes de primeiro grau;

c) alteração de padrão de transmissibilidade; e

d) intensificação de vigilância epidemiológica na investigação de casos suspeitos e reforço do monitoramento de casos e contatos, além do processo de notificação imediata junto aos CIEVS conforme previsto na Portaria GM/MS 1.061/2020.

288. As medidas de vigilância epidemiológica, prevenção e controle da VOC Ômicron incluem:

a) aumentar o acompanhamento e a testagem de pessoas com vínculo epidemiológico com áreas com uma incidência significativamente mais elevada da variante, bem como de sequenciamento genômico das amostras de tais casos;

b) melhorar o rastreamento de contatos e o isolamento de casos suspeitos e confirmados;

c) alertar as pessoas provenientes de áreas com detecção da variante para a necessidade de cumprir quarentena, bem como serem testadas e autoisoladas se desenvolverem sintomas;

d) recomendar que se evitem todas as viagens não essenciais, em particular para áreas com detecção da nova variante;

e) notificar possíveis casos de infecção com a nova variante de SARS-CoV-2 de forma imediata; e

f) reforçar a importância da vacinação para toda a população.

289. O sequenciamento genômico tem, entre outras finalidades, mapear as variantes que circulam no país e a predominância de uma delas.

290. O Boletim Epidemiológico 113 (semana epidemiológica 19, de 14 a 25/5/2022) informa que, desde a sua designação como VOC, várias sublinhagens da variante Ômicron foram identificadas, incluindo BA.1, BA.1.1, BA.2 e BA.3 e que as evidências sugerem que a sublinhagem BA.2 é mais transmissível quando comparada à BA.1, porém não tem impacto na severidade da doença, na eficácia das vacinas e no diagnóstico laboratorial.

291. Ainda, o referido boletim epidemiológico apresenta informações das variantes que circulam no país até 14 de maio de 2022, salientando que a predominância de uma VOC é diferente em cada unidade da federação.

292. A título exemplificativo, entre 3 de janeiro de 2021 a 14 de maio de 2022, foram identificados 37.237 (40,27%) casos da VOC Delta e 26.254 (28,39%) da VOC Gamma em todas as unidades da federação; 28.509 da VOC Ômicron (30,83%)) em 24 unidades da federação; 460 (0,50%) da VOC Alfa identificados em 17 unidades da federação; e 5 (0,01%) casos da VOC Beta identificados em 3 unidades da federação.

293. Em relação às informações recebidas das secretarias estaduais de saúde, dos casos novos, nas últimas quatro semanas epidemiológicas (SE 15 a 19, de 16/3 a 15/5), 2.218 (76,30%) foram da VOC Ômicron, e 50 (1,72%) da VOC Delta.

294. Na tabela abaixo, apresenta-se, por unidade da federação, o número acumulado de casos e os casos novos no período de 3 de janeiro de 2021 a 14 de maio de 2022.

Tabela 5 - Casos novos e acumulados de variantes de preocupação (VOC)

Unidade da Federação (UF)	VOC Gama		VOC Alfa		VOC Beta		VOC Delta		VOC Ômicron		Total VOC	
	Casos novos[2]	Casos Acumulados	Casos novos[2]	Casos acumulados	Casos novos[2]	Casos acumulados	Casos novos[2]	Casos acumulados	Casos novos[2]	Casos acumulados	Casos novos[2]	Casos acumulados
Acre	0	232	0	0	0	0	0	90	0	40	0	362
Alagoas	0	348	0	1	0	0	0	12	0	0	0	361
Amapá	0	16	0	0	0	0	0	107	0	25	0	148
Amazonas	0	2108	0	1	0	0	0	964	0	2365	0	5438
Bahia	74	1284	0	41	0	1	0	693	112	463	186	2482
Ceará	0	1574	0	1	0	0	0	1376	432	1369	432	4320
Distrito Federal	0	1036	0	8	0	0	0	1336	0	308	0	2688
Espírito Santo	0	431	0	18	0	0	0	987	0	21	0	1457
Goiás	0	2337	0	39	0	1	0	1572	0	785	0	4734
Maranhão	0	295	0	0	0	0	0	67	0	144	0	506
Mato Grosso	0	84	0	2	0	0	0	4	0	0	0	90
Mato Grosso do Sul	0	392	0	0	0	0	0	336	0	94	0	822
Minas Gerais	6	3146	0	210	0	0	0	2732	344	3203	350	9291
Pará	0	385	0	0	0	0	0	366	1	50	1	801
Paraíba	0	288	0	1	0	0	0	1114	0	273	0	1676
Paraná	0	620	0	11	0	0	0	640	353	1515	353	2786
Pernambuco	0	1328	0	3	0	0	0	828	0	989	0	3148
Piauí	0	114	0	0	0	0	0	17	0	15	0	146
Rio de Janeiro	0	3808	0	59	0	0	0	3885	150	2333	150	10085
Rio Grande do Norte	0	77	0	0	0	0	0	272	0	222	0	571
Rio Grande do Sul	557	984	1	3	0	0	0	793	173	709	731	2489
Rondônia	0	883	0	0	0	0	0	68	0	151	0	1102
Roraima	0	253	0	0	0	0	0	35	0	0	0	288
Santa Catarina	0	734	0	7	0	0	5	2278	296	2399	301	5418
São Paulo	0	2950	0	54	0	3	0	16248	295	10325	295	29580
Sergipe	0	294	0	1	0	0	0	134	0	69	0	498
Tocantins	1	253	0	0	0	0	45	283	62	642	108	1178
Brasil	638	26.254	1	460	0	5	50	37.237	2.218	28.509	2.907	92.465

[1] Unidade da Federação onde foi realizada a coleta da amostra.
[2] Casos notificados nas últimas 4 SE (SE 15 a 19 de 2022).

Fonte: Boletim Epidemiológico 113, disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022

295. Os casos novos indicam a prevalência da variante Ômicron (2.907 casos), porém a contaminação pela variante Delta também é expressiva (2.218 casos).

296. Outro fator que deve ser considerado é a situação da reinfecção pelo Sars-CoV-2 relatada no Boletim Epidemiológico 113, alertando que se faz necessário determinar critérios de confirmação e estudos, como o sequenciamento genômico das linhagens dos vírus, pois ainda não são definidos claramente aspectos essenciais, como o período mínimo entre as duas infecções, as implicações da reinfecção na gravidade dos casos e os critérios laboratoriais mais adequados para confirmar o evento.

297. O primeiro caso de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 foi identificado na Semana Epidemiológica (SE) 50 de 2020 (6 a 12/12/2020), sendo um caso de residente no estado do Rio Grande do Norte/RN, o qual teve a coleta e exames confirmatórios da reinfecção no estado da Paraíba/PB, por meio da sua rede de vigilância epidemiológica e laboratorial.

298. Até a SE 19 de 2022 (15 a 25/5), foram registrados 111 casos de reinfecção no p ais, em 13 estados, conforme tabela abaixo, sendo 24 casos identificados pela variante de preocupação (VOC) Gamma, 6 casos pela VOC Delta e 48 casos pela VOC Ômicron.

Tabela 6 - Número de casos de reinfecção pela Covid-19 registrados e notificados oficialmente ao Ministério da Saúde. Brasil, SE 50 de 2020 a SE 19 de 2022

Unidade da Federação*	Variantes Não Preocupação	VOC Gama	VOC Delta	VOC Ômicron	Total
Amazonas		3			3
Bahia	1				1
Distrito Federal		1	1	3	5
Espírito Santo		1			1
Goiás	4	11		2	17
Mato Grosso do Sul	3				3
Minas Gerais	1				1
Paraná	19	2	»		21
Pernambuco	1				1
Rio Grande do Norte	1				1
Rio de Janeiro		1		5	6
Santa Catarina	1	4	5	38	48
São Paulo	2	1			3
Brasil	33	24	6	48	111

*UF de Residência. ** Refere-se a linhagem da variante identificada no segundo episódio dos eventos.
Fonte: Notificações recebidas Secretarias de Saúde das UF. Dados atualizados em 14/5/2022, sujeitos a alterações.

Fonte: Boletim Epidemiológico 113 disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19)

299. Considerando que a identificação da linhagem do vírus que circula no país e dos casos de reinfecção são informações relevantes para orientação da população e prestação de serviços de saúde, sugere-se a continuidade do acompanhamento dessa temática.

300. Em razão de a temática envolver a investigação genômica das variantes que circulam no país, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.10 Necessidade de respiradores em hospitais federais, estaduais e municipais

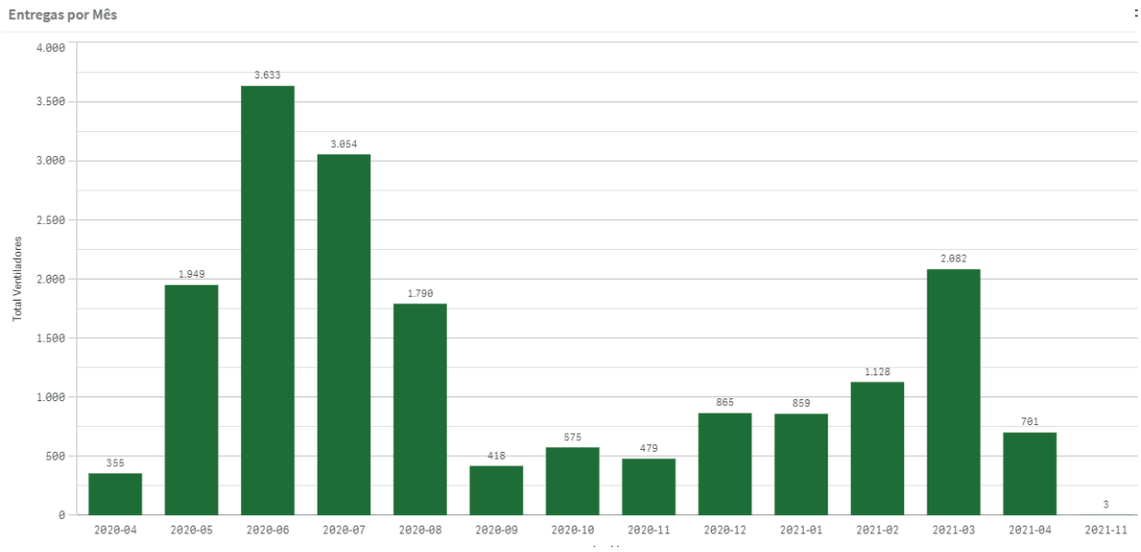
301. O Ministério da Saúde informou que a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), no início do mês de abril de 2020, formalizou processo para aquisição de ventiladores pulmonares como estratégia no combate aos efeitos provocados pela trajetória e comportamento do Coronavírus, intencionando a estruturação dos leitos hospitalares que recepcionariam os pacientes com diagnóstico positivo para a Covid-19 (peça 434).

302. Salientou que foram distribuídos um total de 17.888 ventiladores pulmonares para equipar os leitos de UTI-Covid-19 dos estabelecimentos hospitalares em todo o território nacional, havendo estrutura montada que permitem alcançar mais de 26 mil leitos de UTI caso a demanda assim exija.

303. Em pesquisa no painel LocalizaSus, acesso em 8/4/2022, consta informação de disponibilização de 8.912 ventiladores para os estados e 8.979 para os municípios, totalizando 17.891, número maior que o informado pela pasta. Ainda, é informado que 10.109 ventiladores foram disponibilizados para utilização em UTI e 7.782 são ventiladores de transporte.

304. No gráfico abaixo, apresenta-se a distribuição desses equipamentos.

Gráfico 3 - Distribuição de ventiladores pulmonares



Fonte: LocalizaSus

305. Observa-se que nos meses de maio a julho de 2020 e em março de 2021 houve volume maior de distribuição de ventiladores, período coincidente com momentos de alta de internação em UTI. Os dados corroboram as informações obtidas no trabalho de produção de conhecimento das Secretarias do Tribunal nos Estados e com a SecexSaúde no sentido de que os ventiladores demoraram para chegar nos estados, os quais tiveram que manter o cuidado inicial nos meses de março e abril praticamente sem apoio federal em relação a esses equipamentos.

306. Considerando as informações do Ministério da Saúde e que este tópico está diretamente relacionado a leitos de UTI, sugere-se a recomendação procedida no item 3.1.1 deste relatório.

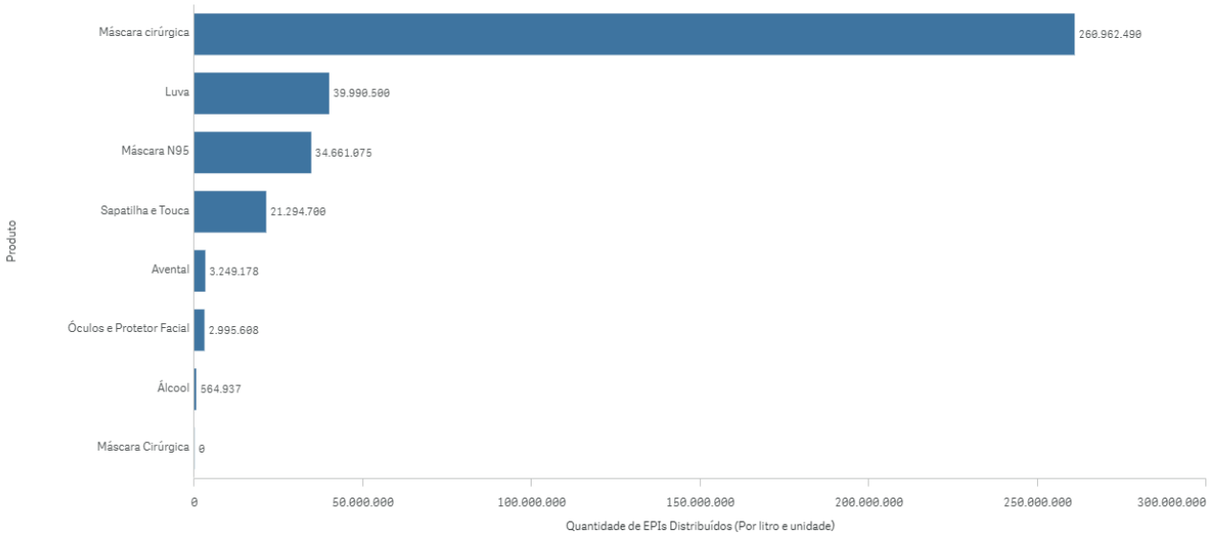
3.4.11 Avaliação da suficiência do abastecimento nacional de equipamentos de proteção individual (EPI)

307. O Ministério da Saúde informou que, em sua atuação excepcional e complementar, realizou pregões eletrônicos com o objetivo de fornecer aos estados equipamentos de proteção individual (EPI), sendo enviados, até setembro de 2021, 388.931.980 milhões de unidades, compreendendo luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas e PFF-2, macacões, aventais descartáveis e impermeáveis, toucas hospitalares, dentre outros itens, bem como possui um estoque estratégico para atendimento de emergências na ordem de 22.899.604 de unidades.

308. O Ministério da Saúde acrescentou que possui estrutura de logística consolidada para pronta distribuição destes itens para todos os estados da federação.

309. Em pesquisa no LocalizaSus, consta informação de 363.718.488 equipamentos de proteção individual distribuídos, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Quantidade de equipamentos de proteção individual distribuído



Fonte: LocalizaSus

310. Esse apoio que a União dá aos entes subnacionais serve para abastecimento em razão do incremento de demanda decorrente do coronavírus, principalmente no início da pandemia quando não havia uma preparação adequada para o enfrentamento da pandemia em razão do desconhecimento da dimensão que tomaria.

311. Em razão de a temática envolver medidas de apoio aos entes subnacionais, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.12 Estratégia para instalação de hospitais de campanha

312. O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 1.514/2020, alterada pela Portaria GM/MS 1.863/2020, que definiu os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar, denominados de Hospital de Campanha, voltados para os atendimentos a pacientes no âmbito da emergência gerada pela pandemia da Covid-19.

313. A pasta informou que a implantação dos Hospitais de Campanha consiste em uma das estratégias, em caráter excepcional e temporário, que podem ser utilizadas para ampliação e organização da oferta de leitos e deverá fazer parte dos Planos de Contingência elaborados pelos governos estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para o enfrentamento à Covid-19.

314. O Ministério da Saúde acrescentou que os recursos orçamentários para esta estrutura correrão por conta do orçamento de saúde, conforme previsto em seu art. 10º, bem como referida norma se encontra vigente e disponível para utilização pelos gestores locais, caso seja necessário.

315. A estrutura de hospitais de campanha é uma alternativa no caso de elevação dos casos em que a rede de saúde montada atinge taxas de ocupação críticas que impedem absorver novos pacientes.

316. O Ministério da Saúde, na crise ocorrida em janeiro de 2021 em Manaus, utilizou a estratégia de transportar pacientes para instalações de saúde pública em outras unidades da federação, considerando que naquela oportunidade não havia hospital de campanha associado a problemas de desabastecimento de oxigênio medicinal.

317. De maneira geral, a estratégia de hospitais de campanha adere ao enfrentamento da pandemia em momentos de pico cuja taxa de ocupação impeça receber novos casos.

318. Em razão de a temática a disponibilização de leitos, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.13 Recursos humanos (profissionais de saúde)

319. O Ministério da Saúde informou que baixou a Portaria GM/MS 639, de 31 de março de 2020, com o objetivo de construir um cadastro nacional de profissionais, contemplando todas as 14 categorias de saúde presentes no Sistema Único de Saúde, com vistas à capacitação de profissionais em relação aos protocolos clínicos para o enfrentamento à Covid-19 (https://registra-rh.saude.gov.br/index.php/o-brasil-contacomigo/profissionais-da-saude).

320. No âmbito do Ministério da Saúde, o acompanhamento dos recursos humanos em saúde compete à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) e à SAPS.

321. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil conta com mais de 15 mil médicos atuando no âmbito dos programas de provimento do Governo Federal fortalecendo a atuação das equipes de atenção primária no SUS. Cerca de 3,6 mil municípios, além de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são atendidos com profissionais providos pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil e, ainda em 2022, o Programa Médicos pelo Brasil (PMMB) poderá selecionar até mais 5 mil profissionais médicos por meio da ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

322. Visando a prevenção e o combate aos efeitos da pandemia de Covid-19, de modo a possibilitar o primeiro atendimento dos casos e o monitoramento de sintomas relacionados à outros eventos como a Síndrome Respiratória Aguda Grave, como a Influenza e demais vírus e agentes etiológicos, ainda no patamar da atenção primária, foi mantida, em 2021, a estratégia de provimento de médicos para os municípios, Distrito Federal e Distritos Sanitários Especiais Indígenas nas diversas regiões do país objetivando a adesão de novos profissionais ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e a prorrogação das atividades daqueles que estavam com contratos em vias de encerramento.

323. A ação "O Brasil Conta Comigo" institui bonificação para profissionais de saúde com vistas à ampliação da cobertura na assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, bem como à redução do tempo de espera nos atendimentos em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

324. No painel LocalizaSus, constam informações gerais sobre profissionais de saúde, conforme tabela abaixo.

Tabela 7 - Dados dos profissionais de saúde

	BR Conta Comigo Profissionais	MS Contratados	BR Dispostos a Atuar	BR Capacitados	Mais Médicos	Mais Médicos Covid
Centro-Oeste	82.971	0	36.218	24.559	1.261	484
Nordeste	186.158	0	77.508	63.686	6.084	1.900
Norte	52.393	263	26.505	19.304	2.168	500
Sudeste	499.223	0	167.680	171.245	4.515	1.722
Sul	186.373	0	63.143	61.525	2.581	1.159

Fonte: LocalizaSus

325. Foi realizado um cadastro de 1.007.118 profissionais de saúde no âmbito do programa "O Brasil Conta Comigo". O objetivo do programa é constituir um cadastro nacional de profissionais contemplando 14 categorias da saúde (Serviço Social, Biologia, Biomedicina, Educação física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Técnicos em Radiologia), cuja distribuição por região e unidade da federação está na tabela acima.

326. Desse público, foram capacitados 345.437 profissionais e 454.250 se declararam dispostos a atuar nas ações de enfrentamento e eventual ação de recrutamento de profissionais caberá aos gestores locais, que podem consultar o banco de dados desses profissionais (disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degts/acao-estrategica-brasil-conta-comigo-profissionais-da-saude).

327. A sistemática é relevante, pois teoricamente se tem um banco de dados de profissionais de saúde que podem atuar no âmbito do estado ou município, podendo serem arregimentados de forma mais célere em eventualidade de sobrecarga do sistema ou da própria redução natural do quantitativo dos profissionais de saúde (aposentadoria, doenças, licenças, atividade política ou óbito).

328. Além disso, a absorção de profissionais médicos do programa Mais Médicos, associado ao reforço dos médicos para atuar no enfrentamento da Covid-19, demonstram melhoria nos contingentes de profissionais para atuar no sistema de saúde público.

329. Em razão de a temática envolver profissionais de saúde, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.14 Campanhas publicitárias para esclarecimento da população

330. O Ministério da Saúde informou que as campanhas publicitárias para esclarecimento da população são conduzidas pela Assessoria de Comunicação, a qual tem realizado a Campanha da Mega Vacinação que tem por objetivo a mobilização nacional para reforçar a importância de a população completar o ciclo vacinal (peça 434).

331. Os planos de comunicação são extremamente importantes para a implantação e implementação das políticas públicas conduzidas por esta pasta. Assim, a SAPS vem subsidiando a Ascom para divulgação das orientações e materiais produzidos por esta Secretaria. A previsão é de uma comunicação interativa e de fácil compreensão, como vídeos, *cards*, documentos PDF interativos, orientações em passo a passo e fluxos. Informações essas que podem ser divulgadas em redes sociais e plataformas oficiais.

332. Por fim, o Ministério da Saúde informou que a SAPS também tem articulação e comunicação com os gestores municipais, distrital e estaduais para o enfrentamento dos efeitos da nova variante Ômicron.

333. As campanhas publicitárias são ferramentas essenciais para conscientização da população sobre vacinação, testagem e utilização de medidas não farmacológicas a fim de se ter eficácia nas políticas públicas de enfrentamento da pandemia.

334. Em razão de a temática envolver campanhas publicitárias no âmbito do enfrentamento da pandemia, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.15 Indígenas

335. O Ministério da Saúde informou que, além da atenção e do cuidado prestados pelo Governo Federal à saúde das populações indígenas, foram executadas ações específicas para enfrentar a Covid-19 entre esses povos. Para garantir a assistência aos mais de 760 mil indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus), foram mantidas 800 equipes multidisciplinares de saúde indígena, compostas por 11.531 profissionais contratados, dentre os

quais 9.023 são indígenas atuando como Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (Aisan).

336. Ainda, a pasta salientou que, em 2021, 617 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) estiveram em operação, viabilizando a distribuição de medicamentos e de EPIs. Quando o Brasil recebeu as primeiras três milhões de doses de vacinas, 907.200 unidades foram enviadas aos DSEIs, representando cerca de 30% das primeiras doses do imunizante recebidas pelo Brasil para esta finalidade.

337. Com vistas ao desenvolvimento de ações para detecção, notificação, investigação monitoramento dos casos suspeitos de Covid-19, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) realiza a vigilância epidemiológica nos DSEI e apresenta em série, informes técnicos, boletins e informes epidemiológicos. Para dar transparência às suas ações no combate à pandemia, a secretaria criou, em 15 de junho de 2020, o sítio eletrônico www.saudeindigena.saude.gov.br .

338. A pasta informou ainda que foram implantados Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) nos DSEI desde janeiro de 2021, como centros pertencentes à estratégia Vigiar-SUS. Estes centros contam com profissional formado em epidemiologia de campo, estrutura de salas de situação, e fomentam nos DSEI a capacidade de vigilância da Covid-19 e dos demais agravos que compõem o cenário epidemiológico dos territórios indígenas.

339. Por fim, acrescenta o órgão que os indígenas foram colocados como grupos prioritários no PNO, e até 31 de dezembro de 2021, 66% dos indígenas assistidos pelo SasiSUS de 12 a 17 anos tinham sido imunizados com primeira dose. Em relação ao público acima de 18 anos, a Sesai atingiu 90% dos indígenas com a primeira dose e 86% com as duas doses da vacina contra a Covid-19.

340. Em pesquisa no LocalizaSus, acesso em 8/4/2022, consta que foram aplicadas 729.078 doses de vacina, com cobertura da primeira dose de 91% (374.577 indígenas) e com a segunda dose de 86% (354.501 indígenas), com público-alvo vacinável de 412.765 pessoas.

341. Esses dados demonstram que a cobertura vacinal com meta de 90% de vacinação do público-alvo atingiu seu objetivo na primeira dose e praticamente foi alcançado na segunda dose.

342. A inclusão de Ciev no âmbito dos DSEI também é uma medida relevante para controle da doença nessa população, bem como a distribuição de medicamentos facilita o cuidado.

343. Em razão de a temática saúde indígena no âmbito da infecção pelo Coronavírus, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.4.16 Ações da área de Ciência e Tecnologia em Saúde no ano de 2021

344. Em relação às ações da área de Ciência e Tecnologia em Saúde, a pasta informou que, no ano de 2021, foram avaliadas 111 tecnologias em saúde, entre medicamentos, procedimentos e produtos, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), sendo seis para o tratamento da Covid-19, com destaque para a incorporação das vacinas Fiocruz e Pfizer para prevenção da doença. Foram publicadas, também, dezoito Notas Técnicas com evidências científicas sobre tratamento da Covid-19 e onze alertas de Monitoramento do Horizonte Tecnológico sobre o tema.

345. Ainda, ocorreram 107 consultas públicas de demandas em avaliação pela Comissão, com destaque para a consulta pública sobre a Diretriz Brasileira para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid-19, que recebeu 21.352 contribuições, em apenas dez dias. Ocorreram ainda, três audiências públicas, entre elas, uma para ouvir a sociedade sobre a proposta de Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com Covid-19 - Capítulo 2: Tratamento Medicamentoso.

346. Por fim, o Ministério da Saúde informou que a Conitec avaliou e recomendou a aprovação de 4 capítulos das Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com Covid-19 com a publicação do Capítulo 1, que trata do uso de oxigênio, intubação orotraqueal e ventilação

mecânica.

347. Após as informações prestadas pelo Ministério da Saúde, foi publicada a Lei 14.313, de 21 de março de 2022, alterando a Lei 8.080/1990. A lei ampliou a competência da Conitec para recomendar o uso de medicamentos e produtos *off-label*, ou seja, para uso distinto do que foi registrado pela Anvisa, demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

348. Acerca desta competência novel da Conitec, análise mais aprofundada deve ser feita, considerando que em janeiro de 2022, a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE) não aprovou, por meio da Nota Técnica 2/2022-SCTIE/MS, o relatório da Conitec que contraindica o uso de cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento de pacientes com Covid-19 (peças 447-448).

349. No âmbito do Tribunal, tramita o processo TC 019.895/2020-8 que versa sobre o uso *off-label* da cloroquina e hidroxicloroquina em pacientes de Covid-19, onde a temática será analisada.

3.4.17 Ações da Atenção Primária à Saúde

350. O Ministério da Saúde informou que repassou aos entes subnacionais mais de 7 bilhões de reais para estruturação da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como para qualificação da força de trabalho, no período de 2020 a 2021, com o intuito de minimizar os efeitos da pandemia na promoção de saúde e no cuidado das pessoas com condições crônicas não transmissíveis voltadas para a atenção primária (peça 434, p. 26-29).

351. Finalizou informando que a SAPS também está mobilizada na elaboração de materiais de apoio aos profissionais de saúde e gestores da APS, como vídeos, notas técnicas, notas informativas, manuais, portarias, os quais tiveram que ser atualizados.

352. A atenção primária foi objeto de análise em todos os ciclos do acompanhamento, inicialmente para conhecimento da sistemática para enfrentamento da pandemia, posteriormente buscou-se analisar os repasses descentralizados e a atuação do programa saúde da família (*vide* Apêndice 6).

353. No sexto relatório da acompanhamento, verificou-se que o Ministério da Saúde vem adotando diversas estratégias voltadas ao seu fortalecimento da atenção primária no enfrentamento da pandemia, com criação de programas de ampliação de horários de atendimento, busca ativa, incentivo financeiro específico de forma temporária e extraordinária para pandemia, programa mais médicos e programas para gestantes, nascituros e lactantes, sendo sugerida a continuidade do acompanhamento em razão das demandas ordinárias, de Covid-19 e das condições pós-covid.

354. A inclusão da atenção primária no plano de enfrentamento da variante Ômicron certamente foi medida adequada e necessária, considerando que pacientes acometidos pela doença são acolhidos por esta porta de entrada, a qual deve estar estruturada e fortalecida para o acolhimento.

355. No item 3.2 – Estruturação do SUS para enfrentamento da Síndrome Pós-Covid, comenta-se sobre o apoio financeiro para atenção primária para atendimento desses casos e no Apêndice 6 descrevem-se os principais programas de apoio para atenção primária, a saber: Suporte clínico às equipes de manejo adequado, medidas de promoção da saúde, Saúde das pessoas idosas, Saúde da criança e aleitamento materno e Saúde da mulher.

356. Considerando o apoio financeiro que foi concedido aos entes subnacionais neste período de pandemia, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

3.5 Síndrome Respiratória Aguda Grave e a Covid-19

357. No decorrer dos trabalhos de auditoria envolvendo a transparência dos sistemas públicos relativos aos dados da Covid-19, constatou-se que o Ministério da Saúde monitora casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) desde a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, declarada pela Organização Mundial de Saúde, em junho de 2009.

358. Tal procedimento foi implantado na rede de vigilância de influenza e outros vírus respiratórios, por meio do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), sendo amplamente utilizado para o acompanhamento de casos e óbitos por Covid-19 no Brasil.

359. É importante registrar que, embora tenha o nome Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe, e a gripe seja uma doença causada pelo vírus da Influenza, o Sivep-Gripe possui informações de infecções por síndrome respiratória aguda grave como um todo, a exemplo das causadas por Sars-CoV-2, Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza (1, 2, 3 e 4), Adenovírus, Metapneumovírus, Bocavírus e Rinovírus.

360. O Sivep-Gripe é alimentado a partir de informação de uma ficha de notificação de registro individual para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-hospitalizado), cuja última versão data de 7/10/2021, preenchida pelo profissional de saúde responsável, com respectivo número do conselho do profissional de saúde ou matrícula. Durante o período da pandemia, as informações dessas fichas, consolidando dados do SRAG, passaram a incorporar a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), e foram disponibilizados ao público em geral com microdados anonimizados no portal *Opendata*sus.gov.br.

361. De modo geral, observa-se que a pandemia de Covid-19 acarreou um grande aumento de notificação de casos de SRAG. Dados extraídos, em 17/3/2022, indicam que em cada um dos anos entre 2013 e 2019 foram notificados menos de 50 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Em 2020, essas notificações subiram para aproximadamente 1,2 milhão de registros, e, em 2021, para cerca de 1,7 milhão. Ademais, houve também uma grande mudança no padrão etário, em que antes os casos de SRAG eram mais concentrados em crianças, e passaram a afetar mais os idosos.

362. Dados do SRAG apresentaram campos detalhados para se entender a real extensão da pandemia no Brasil, e fomentar o controle social. Por exemplo, possibilitou acompanhar a taxa de mortalidade dos internados que necessitaram de suporte ventilatório, comparar taxas de mortalidade de pessoas que foram vacinadas, frente àqueles que não foram, verificar lapso temporal entre a data dos primeiros sintomas e a da internação hospitalar, os casos da síndrome respiratória por faixa etária, unidade da federação e município, sintomas e fatores de risco, bem como a eficácia de medicamentos utilizados.

363. Conforme já abordado, com o advento da Rede Nacional de Dados em Saúde, microdados completos desse sistema foram disponibilizados ao público em geral. Embora não tenha havido publicidade desses campos, de forma a não tornar o usuário do SUS identificável e assim preservar diretrizes da Lei 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD, foi um importante mecanismo para se dar transparência do real impacto da pandemia de Covid-19 no Brasil.

364. Dito isso, o presente ciclo do acompanhamento, mantendo a diretriz de se analisar dados de acesso público, realizou análises quantitativas e qualitativas sobre dados do sistema no contexto da pandemia, bem como realizou questionamentos e reuniões com gestores, de modo a compreender em que medida as funcionalidades existentes atendem ao direito da população de ter dados qualificados do impacto da Covid-19 no Brasil.

3.5.1 Oportunidade de melhoria da qualidade de dados.

365. Constatou-se que existe monitoramento e publicidade dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, por meio do Sivep-Gripe, a partir de fichas de notificação. Não obstante, existem oportunidades de melhoria, tendo em vista que o sistema não apresenta dados de vacinação contra influenza dos pacientes hospitalizados, de utilização de medicamentos específicos para o tratamento da Covid-19, e de doses adicionais das vacinas contra a Covid-19 aplicadas pelos gestores locais.

366. Sob o primeiro aspecto, observou-se que o sistema permite avaliar a eficácia das vacinas contra a Covid-19 nos casos de SRAG sob diversas perspectivas. Por exemplo, dados do sistema permitiram aferir que os vacinados possuem menos óbitos pela doença se comparado com um grupo de controle, o que permite deduzir que tais vacinas tiveram um efeito positivo na redução da

mortalidade. De igual modo, é possível ver que os vacinados também necessitaram menos suporte ventilatório invasivo.

367. Não obstante, para se ter dados mais completos, considerando que casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave também podem decorrer de infecção pelo vírus da Influenza, seria recomendável que o sistema também informasse se os pacientes hospitalizados receberam doses da última campanha de imunização contra a Influenza. Registre-se que existem registros de contaminação concomitante por Covid-19 e Influenza, e tal ação possibilitaria analisar, a um custo relativamente baixo, a eficácia de vacinas para gripe na redução da mortalidade.

368. Sob um segundo aspecto, o Sivep apresenta dados alusivos ao fato se os pacientes fizeram uso ou não de antivirais para a gripe, sendo possível selecionar "Oseltamivir", "Zanamivir" e "Outro". Não obstante, o sistema não apresenta um campo específico para a utilização de algum antiviral para o tratamento da Covid-19. Tal registro também seria importante para aferir a eficácia dos medicamentos utilizados para o tratamento da Covid-19 no Brasil, considerando, inclusive, que a Anvisa já deu autorização para uso de medicamentos contra a Covid-19, conforme item 7.9 deste relatório.

369. Por fim, um terceiro aspecto relevante é que o sistema apresenta campos para o registro das doses das vacinas contra a Covid-19 recomendadas pelo Ministério da Saúde, mas não possibilita o registro de doses adicionais aplicadas pelos gestores locais por iniciativa própria, considerando a competência referendada pelo STF de que os estados e municípios podem tomar medidas com o objetivo de conter a pandemia de Covid-19.

370. Essa impossibilidade de registro ficou explícita ao se considerar que, antes de o Ministério da Saúde recomendar a quarta dose da vacina contra a Covid-19 para maiores de 80 anos, em 23/3/2022, alguns entes subnacionais já estavam aplicando essa dose por conta própria, e parte dessas doses aplicadas pode ter ficado sem registro no sistema por não haver campo adequado para tal. O registro seria muito importante para avaliar se essas doses adicionais realmente podem ter um impacto positivo na redução da morbidade e da mortalidade.

371. Tais situações descritas não configuram ilegalidade, mas afrontam os princípios da razoabilidade e da publicidade c/c o disposto no art. 2º, inciso II, do Anexo da Portaria GM/MS 1.768/2021, e art. 231, inciso VII, do Título VII da Portaria de Consolidação GM/MS 1/2017, que estabelecem fomento à gestão e à produção dos dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar conhecimento, na totalidade das ações de atenção, gestão, auditoria, pesquisa, controle e participação social, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas, e a estruturação de informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação da interoperabilidade por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde.

372. Evidenciou-se essa oportunidade de melhoria por meio de análise das fichas de notificação disponibilizadas no portal *Opendata*sus.gov.br e nos manuais disponíveis na página do Ministério da Saúde, bem como dos dicionários de dados e dos conjuntos de dados extraídos em formato .csv. No caso, não foi possível identificar a existência de campos relacionados à prévia vacinação do usuário contra a Influenza, ao uso de antivirais específicos para o tratamento da Covid-19 ou à aplicação de doses adicionais aplicadas pelos gestores locais, ainda que não objeto de recomendação pelo Ministério da Saúde.

373. Importante salientar que, por meio da Nota Técnica 28/2022-DEIDT/SVS/MS, foi esclarecido que o processo de inserção de novos campos é dinâmico e deve acompanhar as estratégias e medidas preventivas de controle das doenças adotadas por parte do Ministério da Saúde, e que no sistema são feitas alterações e correções rotineiras, conforme necessidades e respostas para o enfrentamento da pandemia, com o objetivo de aperfeiçoar o sistema e a ação governamental.

374. No caso específico da vacina da Influenza, o documento ponderou que o registro ocorre de forma agregada, e não nominal, o que impossibilitaria utilizar dados de sistema para identificação de pessoas já vacinadas – embora estivesse em discussão a captação de dados nominais. Entende-se que esse preenchimento, ainda não realizado de forma automática via sistema, pode ser feito

manualmente pelo profissional na ficha de notificação, a partir de informações coletadas após o acolhimento do paciente.

375. A possível causa do achado é a não incorporação de campos específicos na atualização da ficha de notificação de registro individual para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave de paciente hospitalizado, de forma que não constam as condições que podem influenciar a gravidade e a evolução do paciente em seu quadro de morbidade.

376. A ausência dessas informações compromete a transparência das medidas de prevenção e tratamento utilizado pelos pacientes, e, assim, permitir uma avaliação sistêmica da utilização de medicamentos e vacinas utilizadas. Isso não significa que, no momento do cuidado, o profissional de saúde não tenha essa informação. O que se questiona é a falta dos dados para controles epidemiológicos e utilização como mecanismo gerencial e de transparência.

377. Na forma como está hoje, têm-se informações deficientes sobre potenciais benefícios da vacinação contra a Influenza nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, sobre a utilização de medicamentos específicos para o tratamento da Covid-19, bem como sobre os impactos da aplicação de doses adicionais de vacina pelos gestores locais nos quadros de morbidade hospitalar.

378. Ademais, a situação descrita compromete estudos associativos de tratamento e vacinação. Por exemplo, se os dados indicassem que pacientes que tomaram as doses da vacina contra a Influenza e contra a Covid-19 tiveram menores taxas de mortalidade do que os que tomaram só a vacina contra a Covid-19, poderiam ser direcionadas campanhas de orientação sobre a importância de se tomar as duas vacinas, ou mesmo, caso se demonstrasse que os medicamentos de uso emergencial aprovados pela Anvisa tiveram um impacto significativo na redução de mortalidade, essa informação poderia embasar novos protocolos clínicos.

379. Em comentários do gestor, o Ministério da Saúde informou que vem adotando providências para incluir os medicamentos específicos para tratamento da Covid-19 na ficha de registro individual de casos de SRAG hospitalizado, bem como do registro da segunda dose de reforço, mesmo para os casos de aplicação pelos entes subnacionais ainda não autorizados pelo órgão de saúde central (vide Apêndice 13).

380. Acerca da aplicação da vacina contra Influenza, os dados constam na ficha de registro, porém o sistema não permite a interoperabilidade, uma vez que esse tipo de vacinação não é feito de forma nominal, como ocorre com a vacina contra a Covid-19.

381. Em razão das informações e das providências adotadas, entende-se que deva ser mantida a proposta nos moldes inicialmente apresentados.

382. Espera-se que, com a adoção da medida proposta, ocorra a geração de informações úteis para se monitorar a eficácia da vacinação contra a influenza em casos de SRAG, sobre o uso de medicamentos específicos para o tratamento da Covid-19 e sobre a aplicação de doses adicionais de vacina contra a Covid-19 por gestores locais, ainda que não embasada em recomendação do Ministério da Saúde.

383. **Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso II, da Lei 8.443/1992, que inclua na ficha de notificação de registro individual para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-hospitalizado), a ser posteriormente incorporada ao Sivep-Gripe:**

a) dados sobre imunização contra a influenza;

b) dados sobre o uso de medicamento específico para o tratamento da Covid-19; e

c) dados sobre a aplicação de dose adicional de vacina contra a Covid-19 pelos gestores locais.

3.6 - Análise da governança do Ministério da Saúde sob os aspectos de utilização de indicadores e estruturação do SUS para o enfrentamento da Síndrome Pós-Covid e de variantes do Sars-CoV-2

384. O Ministério da Saúde detém competências exclusivas estabelecidas no art. 16 da Lei 8.080/1990, onde o legislador elencou hipóteses de atuação ministerial nas situações de normalidade na prestação dos serviços de saúde.

385. No mesmo artigo, em seu parágrafo 1º, exsurge suas competências para executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

386. O artigo 10, § 1º, incisos I, II e III do Decreto 7.616/2011, elenca competências do Ministério da Saúde durante a Espin. Conclui-se que, nas situações de excepcionalidade, o órgão central de saúde passa a ter competências como:

> I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a Espin, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;
>
> II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS; e
>
> III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a Espin e as ações administrativas em curso.

387. Após a análise sobre os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação para nortear sua atuação no combate à pandemia como coordenador das ações de saúde junto aos entes subnacionais, e o apoio para estruturação do SUS no atendimento Síndrome Pós-Covid e no enfrentamento das variantes de preocupação, como no caso da variante Ômicron, foram constatadas as situações relatadas a seguir sobre o exercício das funções de planejamento, execução e coordenação durante a Espin pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia.

388. Acerca dos indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, ficou demonstrado que o órgão tem à disposição dados e informações alimentados nos sistemas corporativos por ele custodiados que subsidiam a construção de indicadores, a exemplo de vacinação, atenção básica, ocupação de leitos (UTI e clínicos), vigilância epidemiológica e genômica, medicamentos e insumos e testagem.

389. Nos boletins epidemiológicos são apresentados indicadores de número de casos, taxa de mortalidade acumulada, taxa de incidência, média móvel, recuperados, em acompanhamento e indicador de positividade.

390. Já o Guia de Vigilância Epidemiológica informa, sem apontar parâmetros, a existência de taxa de ataque, taxa de transmissão secundária, prevalência, incidência, morbidade, mortalidade e outros parâmetros que indiquem alteração na dinâmica da doença.

391. No painel LocalizaSus são apresentados, dentre outros, dados de vacinação, leitos, EPI, medicamentos, testes, recursos humanos, porém não se tem indicadores com metas e resultados alcançados.

392. Especificamente no caso da vacinação, os boletins epidemiológicos não trazem informações sobre o monitoramento desta ação acerca de imunização de grupos prioritários e por faixa etária, com indicativo de cobertura para cada grupo ou cada faixa. Sequer faz menção a cobertura relativa aos esquemas vacinais.

393. No painel LocalizaSus, existem diversos dados sobre vacinação, como distribuição, cobertura das doses de forma geral, aplicação nas diversas regiões, ofertando um panorama de todo o processo. Falta, porém, estabelecer informações de cobertura sobre os grupos prioritários e por faixa etária, indicando as metas e resultados por cada segmento.

394. Apesar de se encontrar os indicadores nos documentos listados, o Ministério da Saúde deixou de apresentar esses indicadores de forma sistematizada, categorizando por gestão, planejamento,

monitoramento e avaliação, com estabelecimento das metas e informações relativas ao resultado alcançado e as medidas adotadas no caso de seu não atingimento.

395. A criação de uma cultura organizacional que valore os indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação vai ao encontro do que estabelece o artigo 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990 c/c artigo 11, inciso VIII, do Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017. Todavia, cultura se manifesta pela prática diuturna, necessitando de vontade e envolvimento institucional em um processo de desenvolvimento institucional.

396. Em razão de as informações da cobertura vacinal serem essenciais para o desenvolvimento de campanhas de orientação direcionada para os públicos que não completaram o esquema vacinal, a equipe de auditoria propôs recomendação para que o Ministério da Saúde insira essas informações nos sistemas públicos.

397. Em relação ao apoio para estruturação do SUS no atendimento da Síndrome Pós-Covid, verificou-se que o Ministério da Saúde codificou a doença e os óbitos dela decorrentes, seguindo orientação da OMS. Além disso, estabeleceu diretrizes para orientação das áreas de saúde dos entes subnacionais e adaptou o sistema para receber as notificações de casos e de mortalidade. Foi ainda concedido apoio financeiro específico para custeio da atenção primária.

398. Em razão de os estudos serem ainda iniciais sobre a Síndrome Pós-Covid e os efeitos que possam gerar ao sistema de saúde, as ações até então realizadas pelo órgão de saúde federal alicerçam o sistema por meio de orientações técnicas, sistemas de informação e aporte de recursos financeiros.

399. Verificou-se ainda a ocorrência de casos SIM-P provocada por condições pós-covid em crianças e adolescentes, em que os casos vêm sendo indicados nos boletins epidemiológicos e o Ministério da Saúde elaborou recomendações técnicas para orientação dos profissionais de saúde.

400. Todavia, falta ainda identificar, quantificar e dar publicidade dos casos e dos óbitos decorrentes de Síndrome Pós-Covid nos sistemas públicos de forma sistematizada, razão por que se formulou proposta de recomendação neste sentido.

401. Quanto ao apoio para estruturação do SUS no enfrentamento de variantes de preocupação, a exemplo da Ômicron, as informações prestadas pelo Ministério da Saúde, no documento Planejamento para enfrentamento da variante Ômicron, firmado pela Secovid (peça 434) relatam ações desenvolvidas pela pasta deste o início da pandemia, como decretação da Espin, habilitação de leitos de UTI-Covid, distribuição de equipamentos, medicamentos e insumos, aporte de recursos, bem como a elaboração de diretrizes nacionais para desenvolvimento das ações de saúde, como o Guia Epidemiológico, normas para habilitação de leitos, normas sobre uso de meios não farmacológicos, normas para ingresso de pessoas no país e PNO.

402. Em cada ponto do citado documento, foi feita análise específica considerando as peculiaridades envolvidas, dos trabalhos já realizados pelo Tribunal e de outras fontes de informações necessárias para contextualizar a temática.

403. Verifica-se, ainda, que os normativos e as ações em saúde foram sendo adequados, de acordo com a evolução dos estudos científicos e do aparelhamento da estrutura de atendimento preventivo e assistencial à saúde.

404. A sistemática de preparação para enfrentamento da variante Ômicron pode ser utilizada para outra variante que possa surgir, fazendo-se as adequações decorrentes das peculiaridades que se apresentem.

405. Em relação à estrutura montada para enfrentamento da pandemia, a criação da Secovid para tratar exclusivamente das demandas da Covid-19 direcionou a coordenação dessas ações para esse órgão especializado, todavia, as demais áreas do Ministério da Saúde continuaram a prestar seus serviços de forma integrada para atender também a essas demandas, como a SAES, SAPS, SCTIE, SGTES, SE. Estes órgãos, além de suas funções ordinárias, passaram atender, dentro de suas competências, as demandas da Covid-19.

406. Acerca da preparação para enfrentamento da Covid-19, pode-se relacionar como pontos fortes da atuação institucional o volume de vacinas adquiridas, a estrutura de vacinação da atenção primária, o número de leitos de UTI e de LSVP que podem ser habilitados/autorizados decorrentes da estrutura criada (profissionais de saúde, ventiladores, monitores, medicamentos de IOT, insumos), normativos estabelecendo as diretrizes de atuação (PNO, Guia Epidemiológico, Plano Nacional de Contingência).

407. Outros pontos necessitam de melhoramento, tais como monitoramento de oxigênio, comunicação institucional para orientação da população e informações adicionais acerca de vacinação e medicamentos utilizados para pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave.

408. Cabe ressaltar que o Planejamento para enfrentamento da variante Ômicron pode ser aperfeiçoado e atualizado, de acordo com a dinâmica da pandemia, para ser um referencial de orientação, no caso de outras situações de emergências que possam ocorrer futuramente.

409. Por fim, o encerramento da Espin decorrente da proposta da nota técnica da Secovid, da forma como feita, denota que foi realizado de forma apressada, deixando-se de apresentar as ações de saúde que continuarão sendo realizadas, ao não se elaborar um plano de riscos caso haja um recrudescimento da doença e não se formular um plano de impactos sobre a revogação da Portaria GM/MS 188/2020. Reputa-se que o período de *vacacio llegis* de 30 dias apresentou-se curto para preparação dos entes subnacionais acerca dos compromissos assumidos, todavia, a pasta não prorrogou esse prazo (vide Apêndice 13).

410. Não foi feita campanha de comunicação acerca dos cuidados que devem ser mantidos pela população, considerando que continuam circulando as variantes do Coronavírus no país e a vacinação não atingiu a meta de 90% de cobertura da população com esquema vacinal completo. Ainda, essa cobertura não é uniforme em todo o território nacional, fato verificado pela própria Secovid.

411. Diante do exposto, entende-se que as medidas relatadas pelos gestores enquadram-se no que prevê o art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, havendo oportunidades de melhoria nas ações de vacinação no que diz respeito à informação sobre cobertura dos grupos prioritários e por faixas etárias, com indicação de metas e resultados da vacinação, identificação, quantificação e publicidade nos sistemas corporativos acerca da Síndrome Pós-Covid, e na comunicação institucional, especialmente acerca das campanhas de vacinação e medidas não farmacológicas, diante da flexibilização do uso de máscaras.

412. Ainda, em relação ao encerramento da Espin, as melhorias recomendadas no item 3.1.1 acerca da normatização das ações de saúde que serão continuadas, elaboração de plano sobre os impactos da revogação da Portaria GM/GM 188/2020, de plano de retomada de ações frente a possível recrudescimento do cenário epidemiológico e monitoramento dos indicadores relacionados à emergência de saúde pública de importância nacional são necessárias e de relevância estratégica a fim de evitar ou mitigar o risco de disrupção das ações de enfrentamento da pandemia.

4 - ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

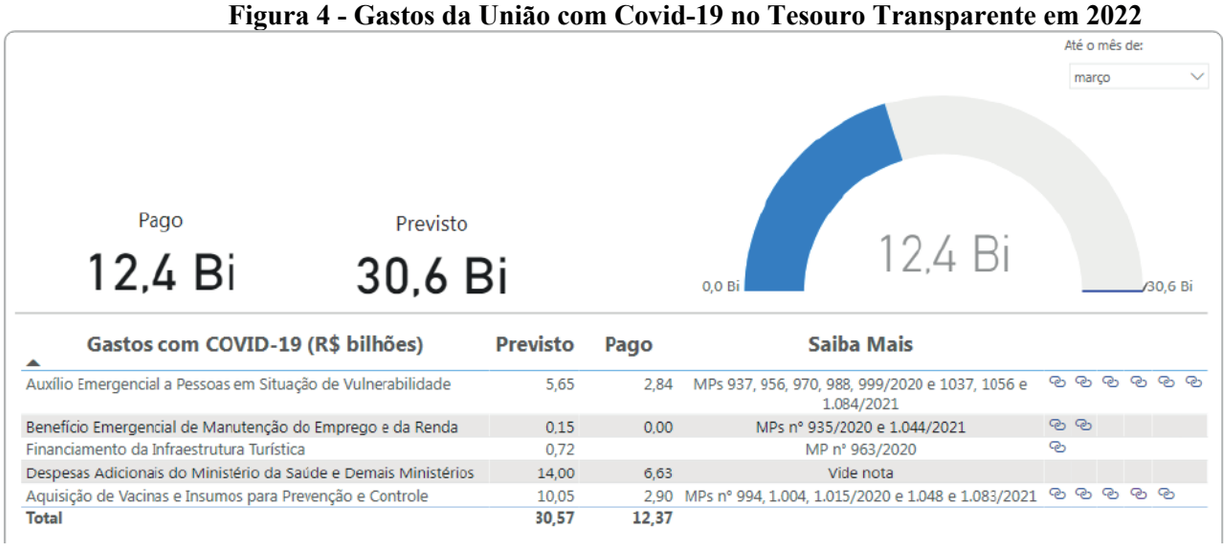
413. Os aspectos orçamentários e financeiros associados às iniciativas governamentais na área da saúde vêm sendo acompanhados pelo Tribunal desde o segundo ciclo, sendo feitas análises relativas ao enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde e ainda analisadas informações relativas às transferências de recursos para os entes subnacionais.

414. O exame das informações relativas ao aspecto orçamentário e financeiro dos recursos para enfrentamento da pandemia buscou levantar se foi feito adequado planejamento orçamentário para 2022, com recursos específicos para atender aos gastos com a Covid-19 e realizar verificação de existência de despesas não atendidas por falta de recursos.

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

416. Conforme dados disponibilizados no portal Tesouro Transparente (https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19), em 2022, existe uma dotação orçamentária de aproximadamente R$ 30,6 bilhões, dos quais a maior parte está relacionada às consequências econômicas da crise, como é o caso do pagamento do Auxílio Emergencial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade (R$ 5,65 bilhões) e do Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e Renda (R$ 0,15 bilhões) e aquisição de vacinas (R$ 10,05 bilhões).

Figura 4 - Gastos da União com Covid-19 no Tesouro Transparente em 2022



Gastos com COVID-19 (R$ bilhões)	Previsto	Pago	Saiba Mais
Auxílio Emergencial a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade	5,65	2,84	MPs 937, 956, 970, 988, 999/2020 e 1037, 1056 e 1.084/2021
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	0,15	0,00	MPs nº 935/2020 e 1.044/2021
Financiamento da Infraestrutura Turística	0,72		MP nº 963/2020
Despesas Adicionais do Ministério da Saúde e Demais Ministérios	14,00	6,63	Vide nota
Aquisição de Vacinas e Insumos para Prevenção e Controle	10,05	2,90	MPs nº 994, 1.004, 1.015/2020 e 1.048 e 1.083/2021
Total	**30,57**	**12,37**	

Fonte: Tesouro Transparente. Dados extraídos em 13/4/2022

417. No tocante às ações diretas de combate à Covid-19, promovidas pelo Ministério da Saúde, em 2020 foi criada a ação orçamentária específica (21C0 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional) no âmbito da Administração Pública Federal para a qual constou a dotação atualizada de aproximadamente R$ 69,88 bilhões, dos quais R$ 63,74 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.

418. No exercício de 2021, a ação orçamentária 21C0 não foi utilizada, bem como também não houve destinação, no orçamento de 2021, de recursos específicos para combate à Covid-19.

419. Para fazer frente às despesas com a Covid-19, tendo em vista que a Lei Orçamentária de 2021 não previu recursos específicos para o enfrentamento à Covid-19, foram publicadas diversas medidas provisórias para abertura de créditos extraordinários na função Saúde, conforme tabela abaixo.

Tabela 8 - Medidas Provisórias de abertura de créditos extraordinários para a Função Saúde – Covid-19 em 2021

MEDIDA PROVISÓRIA	DATA	DOTAÇÃO – COVID-19 (SOMENTE MS)
1.032/2021 (vigência encerrada)	24/2/2021	R$ 2,81 bilhões
1.041/2021 (vigência encerrada)	30/3/2021	R$ 5,32 bilhões
1.043/2021 (vigência encerrada)	16/4/2021	R$ 2,69 bilhões
1.048/2021 (vigência encerrada)	10/5/2021	R$ 5,50 bilhões
1.062/2021 (vigência encerrada)	09/8/2021	R$ 9,10 bilhões
1.083/2021 (em tramitação)	24/12/2021	R$ 6,41 bilhões
Decreto 10.595/2021 (reabertura de crédito extraordinário)	07/01/2021	R$ 19,91 bilhões
Total		**R$ 51,8 bilhões**

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

420. Desse total, em 2021, o Ministério da Saúde pagou R$ 44,6 bilhões em despesas com a Covid-19, conforme demonstrado no sitio https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19.

421. Para avaliar a execução orçamentária de ações relativas ao combate à Covid-19 realizadas pelo Ministério da Saúde no exercício de 2021, consultou-se o site do SIOP em 16/4/2022, obtendo-se os seguintes resultados de execução orçamentária:

Tabela 9 - Tabela execução orçamentária 2021 – Recursos exclusivos Covid-19 – Ministério da Saúde

Dotação Atual (R$)	Empenhado (R$)	Liquidado (R$)	Pago (R$)
56.744.947.928	50.466.287.131	50.466.287.131	42.461.301.610

Fonte:https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true

422. Quanto ao exercício de 2022, por meio da Nota Informativa 9/2022-SPO/SE/MS (peça 398), o Ministério da Saúde informou que o controle das despesas para o enfrentamento à pandemia será por meio de planos orçamentários específicos.

423. Dessa forma, a Lei Orçamentária de 2022 não trouxe ações orçamentárias específicas relativas à Covid-19, contudo, de acordo com a Nota Informativa 9/2022, a LOA 2022 fixou despesas voltadas para o enfrentamento da Covid-19 em R$ 7,1 bilhões. Foi, ainda, reaberto crédito extraordinário instituído pela Medida Provisória 1.083/2021, no valor de R$ 4,5 bilhões.

424. Em observância ao determinado no item 9.1.2 do Acórdão TCU 1873/2021 – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler, a referida nota informativa também trouxe as despesas previstas para 2022, por tipo de despesa, conforme abaixo.

Tabela 10 - Detalhamento Orçamento específico para Covid-19 do Ministério da Saúde

Tipo de Despesa	Origem dos Recursos	Dotação Atual R$ (milhões)
Assistência Farmacêutica na Atenção Primária - transferência a estados e municípios	LOA Inicial	200,00
Fornecimento de Testes	LOA Inicial	227,00
Vacinas e despesas relacionadas	LOA Inicial Crédito Extraordinário	4.463,10
Apoio à saúde indígena	LOA Inicial	30,00
Incentivos específicos para Covid-19 na Atenção Primária - transferências a estados e municípios	LOA Inicial	700,00
Pesquisas	LOA Inicial	38,00
Provisão de médicos na Atenção Primária	LOA Inicial	200,00
Ações de comunicação relacionadas à pandemia	LOA Inicial	15,00
Reabilitação de pacientes na Rede SARAH	LOA Inicial	105,00
Custeio de serviços hospitalares da rede própria decorrentes da Covid-19	LOA Inicial	75,00
Custeio de serviços hospitalares demandados por pacientes da Covid-19 - transferências a estados e municípios	LOA Inicial	1.587,00
Aquisição de medicamentos para intubação orotraqueal (IOT)	LOA Inicial	200,00
Procedimentos reabilitação pós-Covid-19	LOA Inicial	50,00

Fonte: Peça 398

425. O exercício de 2022 teve a seguinte execução orçamentária, até o dia 18/4/2022, em ações referentes ao combate à Covid-19.

Tabela 11 - Execução orçamentária 2022 – Recursos exclusivos Covid-19 – Ministério da Saúde

Dotação Atual (R$)	Empenhado (R$)	Liquidado (R$)	Pago (R$)
11.606.129.369	7.307.786.639	2.731.776.972	2.689.235.966

Fonte:https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true

426. Observou-se, em 2021, que a maior parte desse orçamento foi executada diretamente pelo Ministério da Saúde, com R$ 31,9 bilhões, conforme detalhado na tabela abaixo.

Tabela 12 - Execução por modalidade de aplicação - Função Saúde – Covid-19 em 2021

Modalidade de Execução	Empenhado R$	Liquidado R$	Pago R$
31 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo	5.630.065.446,69	5.630.065.446,69	5.605.287.593,49
41 - Transferências a Municípios -		10.080.982.570,18	9.929.563.926,94

Fundo a Fundo	10.080.982.570,18		
50 - Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	28.674.228,66	28.674.228,66	28.674.228,66
80 - Transferências ao Exterior	2.696.229.786,93	2.696.229.786,93	1.372.003.655,00
90 - Aplicações Diretas	31.937.700.031,67	31.937.700.031,67	25.433.137.139,25
91 - Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos F/S	92.635.066,48	92.635.066,48	92.635.066,48
Total Geral	**50.466.287.130,61**	**50.466.287.130,61**	**42.461.301.609,82**

Fonte: SIOP, consultado em 18/4/2022

427. A título de comparação, os quadros que se seguem apresentam os valores das dotações atualizadas, os valores empenhados e pagos e os correspondentes percentuais de execução nas datas de 25/6/2020 (consolidação dos dados do segundo relatório), 28/9/2020 (terceiro relatório), 25/11/2020 (quarto relatório), 16/3/2021 (quinto relatório), 30/8/2021 (sexto relatório) e 18/4/2022.

Tabela 13 - Comparativo da execução dos gastos com a Covid-19 por modalidade de aplicação - Função Saúde

Aplicações Diretas (90)						
Data	**(a) - Dotação Atual (R$)**	**(b) - Empenhado (R$)**	**% Empenhado (b)/(a)**	**(c)- Pago (R$)**	**% Pago (c)/(a)**	**Inscrito em Restos a Pagar (R$)**
25/6/2020	11.407.109.967,92	2.886.878.898,37	25,31%	1.394.038.280,07	12,22%	
28/9/2020	10.500.940.218,88	5.803.720.091,91	55,27%	4.155.909.305,57	39,58%	
25/11/2020	9.667.620.590,15	6.437.184.726,00	66,58%	4.758.383.477,06	49,22%	
31/12/2020	29.095.475.388,34	7.085.531.188,31	24,35%	5.825.268.365,79	20,02%	1.069.001.355,96
16/3/2021	20.058.396.368,93	16.071.869.926,94	80,12%	926.752.022,56	4,62%	
30/8/2021	29.562.711.085,00	27.446.155.382,60	92,84%	12.835.658.720,51	43,42%	
31/12/2021	38.043.482.167,00	31.937.700.031,67	83,95%	31.937.700.031,67	83,95%	
18/4/2022	8.780.064.959,00	6.571.618.413,62	74,85%	1.969.694.749,13	22,43%	
Transferências a Estados e DF - Fundo a Fundo (31)						
Data	**(a) - Dotação Atual (R$)**	**(b) - Empenhado (R$)**	**% Empenhado (b)/(a)**	**(c)- Pago (R$)**	**% Pago (c)/(a)**	**Inscrito em Restos a Pagar (R$)**
25/6/2020	9.992.269.042,01	4.057.646.123,25	40,61%	3.943.131.282,34	39,46%	
28/9/2020	9.172.496.709,91	8.185.168.306,03	89,24%	7.378.481.839,74	80,44%	
25/11/2020	9.219.049.884,31	8.100.830.394,08	87,87%	8.041.991.913,17	87,23%	
31/12/2020	9.882.945.131,23	9.859.093.716,23	99,75%	8.985.371.762,32	90,91%	143.491.945,23
30/8/2021	6.676.937.498,00	2.882.438.436,66	43,17%	2.764.646.096,85	41,41%	
31/12/2021	5.782.947.067,00	5.630.065.446,69	97,35%	5.630.065.446,69	97,35%	

18/4/2022	1.055.865.092,00	55.865.092,96	5,29%	53.962.863,72	5,11%	

Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (41)						
Data	**(a) - Dotação Atual (R$)**	**(b) - Empenhado (R$)**	**% Empenhado (b)/(a)**	**(c)- Pago (R$)**	**% Pago (c)/(a)**	**Inscrito em Restos a Pagar (R$)**
25/6/2020	16.874.453.109,47	5.791.278.867,06	34,32%	5.707.188.966,55	33,82%	
28/9/2020	23.217.097.199,60	21.143.554.158,94	91,07%	19.555.312.513,50	84,23%	
25/11/2020	23.119.186.186,10	21.608.890.631,40	93,47%	21.495.497.176,26	92,98%	
31/12/2020	23.310.205.243,54	23.275.283.668,78	99,85%	23.087.663.558,39	99,04%	182.846.158,39
30/8/2021	8.716.836.990,00	5.859.609.395,82	67,22%	5.285.500.672,62	60,64%	
31/12/2021	10.100.953.853,00	10.080.982.570,18	99,80%	9.929.563.926,94	98,30%	
18/4/2022	1.665.134.908,00	575.238.722,80	34,55%	560.513.943,10	33,66%	

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta no Tesouro Gerencial em 18/4/2022 e SIOP

428. Em relação à execução em 2021, no sexto relatório (consulta do dia 30/8/2021) foi observada baixa execução para os recursos descentralizados (modalidades 31 e 41). Tal situação foi alterada, pois se verificou que, ao final do exercício, a execução desses recursos chegou próximo a 100%.

429. Quanto ao exercício atual, observa-se baixa execução dos recursos descentralizados (modalidades 31 e 41). Sobressai-se, também, a redução da dotação disponível para os demais entes federados (modalidades 31 e 41) em comparação com os exercícios 2021 e 2020. Tal situação pode ser explicada pela atuação mais centralizada do Ministério da Saúde na aquisição de insumos/medicamentos e vacinas para o combate à pandemia da Covid-19.

430. Agrega-se, neste ponto, a análise feita no TC 012.390/2021-6, que trata de denúncia sobre possíveis irregularidades na alocação de recursos para aquisição de vacinas, no qual o denunciante reporta (i) a insuficiente e tardia alocação orçamentária para a aquisição de vacina no ano de 2020, e seu necessário planejamento; (ii) a falta de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da Covid-19, tanto no âmbito da ação orçamentária correspondente, cujo nome técnico é "Ação 21C0 - enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus", quanto para a compra de vacinas; e (iii) o ritmo lento e insuficiente de execução orçamentária no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, ao longo do exercício financeiro de 2020.

431. Referido processo de denúncia foi conhecido e determinado o seu apensamento aos presentes autos, conforme decisão do Acórdão 258/2022-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler. Conforme análise feita do TC 012.390/2021-6 no Apêndice 9 deste relatório (exame meritório de processos apensados), há proposição de que a referida denúncia seja considerada parcialmente procedente. Não obstante, deixou-se de formular medida saneadora ou corretiva à vista do que dispôs o item 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler, o qual determinou ao Ministério da Saúde que 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.

5 - ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS CONTRATOS RELATIVOS À COVID-19

432. Em todos os ciclos do acompanhamento, o Tribunal avaliou as aquisições e os contratos realizados pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da crise gerada pelo novo coronavírus, em razão de sua materialidade e da importância das aquisições de medicamentos, insumos, monitores, testes e vacina para o enfrentamento da pandemia (*vide* Apêndice 2).

433. A análise das informações relativas às contratações feitas pelo Ministério da Saúde para o

enfrentamento da pandemia foi focada nos aspectos da motivação dos atos, do cumprimento dos critérios estabelecidos pela legislação dos certames, dos quantitativos e dos preços contratados, considerando ainda as peculiaridades estabelecidas pela Lei 13.979/2020 acerca dos contratos nela fundamentados.

434. Nesta etapa do acompanhamento, foram analisados os processos de contratação informados pelo Ministério da Saúde após a elaboração do sexto relatório desta fiscalização. Na tabela 1, disposta no item 2.2 deste relatório, foram relacionados os processos examinados no decorrer dos trabalhos de auditoria, envolvendo valores na ordem de R$ 95.661.685,35, não se incluindo em tal montante os valores dos contratos de aquisição de imunizantes.

5.1- Principais constatações

5.1.1 Contratação irregular de medicamentos IOT com fundamento em pregões cancelados tacitamente

435. Nos exames dos processos de aquisição de medicamentos para intubação orotraqueal, constatou-se que foram feitas contratações no ano de 2021 por meio dos Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021, fundamentados em pregões eletrônicos de registro de preços 110/2020 e 124/2020, realizados sob a égide da Lei 13.979/2020, a qual teve vigência encerrada em 31/12/2020, implicando em cancelamento tácito dos referidos certames.

436. A Lei 13.979/2020, em seu artigo 8º, estabelecia que sua vigência estaria condicionada à vigência do Decreto Legislativo 6/2020, cujo termo final ocorreu em 31/12/2020. Deste modo, a Lei 13.979/2020 esteve em vigor até o dia 31/12/2020, visto que não houve prorrogação do referido decreto.

437. O citado art. 8º indicava que deveria ser observado o art. 4º-H, que estabelece que os contratos regidos pela Lei 13.979/2020 teriam prazo de duração de até 6 (seis) meses e poderiam ser prorrogados por períodos sucessivos, enquanto vigorasse o Decreto Legislativo 6/2020, respeitados os prazos pactuados.

438. Há que se registrar que o Supremo Tribunal Federal foi instado por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN 6.625 MC/DF a manter em vigor os artigos 3º ao 3º-J da Lei 13.979/2020, tendo sido deferida parcialmente a cautelar requerida, *ad1referendum* do Plenário daquela Suprema Corte, para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 8° da Lei 13.979/2020, com a redação dada pela Lei 14.035/2020, a fim de excluir de seu âmbito de aplicação as medidas extraordinárias previstas nos arts. 3°, 3°-A, 3°-B, 3°-C, 3°-D, 3°-E, 3°-F, 3°-G, 3°-H e3°-J, inclusive dos respectivos parágrafos, incisos e alíneas.

439. Ocorre que a cautelar deferida pelo STF não incluiu outros dispositivos da Lei 13.979/2020, além dos explicitamente citados e relacionados às medidas de segurança necessárias ao enfrentamento da pandemia. Desse modo, não há como concluir que o regime jurídico excepcional voltado às contratações públicas destinadas ao enfrentamento da pandemia, disposto nos artigos 4º, 4º-A a 4º - 4º -K, permaneceu vigente após 31/12/2020.

440. Considerando que os Pregões com Registro de Preço 110/2020 e 124/2020 foram realizados sob os ditames e prazos da Lei 13.979/2020, a qual é uma lei com efeitos temporários, esses pregões perderam sua validade com o fim de sua vigência e, consequentemente, conclui-se não ser mais legalmente possível a contratação em 2021 dos medicamentos de IOT com base nesses certames.

441. Dessa forma, considera-se que os Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021 foram assinados sem amparo legal e, portanto, irregularmente.

442. Essa situação foi verificada pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (Conjur/MS) quando da tentativa de aditamento desses contratos. Nesse aspecto, observa-se que a causa da irregularidade citada neste achado se deve à não submissão dos contratos citados à avaliação jurídica previamente à assinatura deles, em desconformidade com o parágrafo único, artigo 38, da Lei 8.666/1993, que prevê a obrigação da submissão de minutas de contratos à assessoria jurídica.

443. Caso os gestores do Ministério da Saúde tivessem encaminhado para avaliação jurídica as minutas dos contratos, a situação jurídica da Lei 13.979/2020 teria sido exposta e os contratos não teriam sido assinados.

444. Outro aspecto que ocasionou o achado em referência foi a morosidade na contratação das empresas após a assinatura das atas de registro de preços. Citam-se, exemplificativamente, o Contrato 90/2021 que foi assinado no dia 22/4/2021, mais de quatro meses após a publicação da ata de registro de preços 132/2020 (publicada em 3/12/2020); bem como o Contrato 89/2021, o qual foi assinado em 22/4/2021, contudo a ata de registro de preços foi assinada em 2/12/2020, também com grande lapso temporal. Em virtude deste interstício de tempo, a Lei 13.979/2020 acabou perdendo a sua validade.

445. Tal situação ocasionou a não realização, em 2021, de novo certame para aquisição dos medicamentos IOT, o que impossibilitou a participação de novos fornecedores e, até mesmo uma possível queda nos preços dos produtos registrados nas atas de 2020.

446. Não obstante, em relação à possível responsabilização, não se vislumbra que esta ação seja possível ou recomendada em virtude da observância do prescrito no artigo 28 do Decreto Lei 4.657/42 (Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro – Lindb), o qual dispõe que o agente público apenas responderá pessoalmente por suas decisões em caso de dolo ou erro grosseiro.

447. Tendo em vista que a não validade no exercício de 2021 dos Pregões 110/2020 e 124/2020 decorreu de interpretação jurídica e análise sistêmica da legislação em vigor, a assinatura dos contratos em 2021, relativos aos pregões supracitados, não pode ser considerada como erro grosseiro ou doloso.

448. Por sua vez, a não submissão dos contratos à avaliação jurídica deveu-se pelo errôneo entendimento de que aquelas contratações já estavam respaldadas por parecer jurídico baseado na Lei 13.979/2020 (Parecer Referencial 16/2020/Conjur-MS/CGU/AGU). Contudo, como visto, a referida lei não estava mais vigente, de modo que seria necessária submissão à assessoria jurídica dos novos contratos. Também se considera que tal ato não seja doloso ou mesmo um erro grosseiro.

449. Em comentários do gestor, o Dlog informou que a Coordenação-Geral de Insumos Estratégicos em Saúde (CGIES) tem ciência que a Lei 13.979/2020 perdeu a sua vigência e que não se deve realizar mais contratações ou qualquer aditivo com fulcro na citada legislação (peças 558, p. 2, e 559).

450. Verifica-se que o órgão adotou medidas para realizar nova contratação e tem ciência que a Lei 13.979/2020 perdeu sua vigência em 31/12/2020, nos termos do Decreto Legislativo 6/2020. Todavia, a ocorrência registrada não deve se repetir, seja nos contratos citados ou em outros, que porventura tenham o mesmo fundamento legal, entendendo-se que se deve manter a proposta de dar ciência nos termos apresentados.

451. Espera-se, com a medida proposta, que as contratações sejam feitas com maior competitividade, a fim de propiciar a obtenção de melhores preços para a administração pública, bem como quantidades suficientes para atendimento da demanda, seguindo os normativos vigentes.

452. **Diante de todo o exposto, propõe-se dar ciência ao Ministério da Saúde para que não sejam feitas contratações ou aditivações fundamentadas na Lei 13.979/2020, a exemplo das havidas nos Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021 para aquisição de medicamentos IOT para combate à Covid-19, relativas a pregões de registro de preços 110/2020 e 124/2020, realizados em 2020 sob a égide da Lei 13.979/2020, uma vez que essa norma perdeu sua vigência em 31/12/2020, nos termos do Decreto Legislativo 6/2020.**

5.1.2 Ausência de procedimento administrativo para apuração de descumprimento contratual

453. Durante a análise do processo SEI 25000.165553/2020-90 para contratação da empresa União Química Farmacêutica Nacional S/A para execução da Ata de Registro de Preços 139/2020, decorrente do Pregão 124/2020, na qual a empresa foi contratada para o fornecimento dos medicamentos IOT Dexmedetomidina, Midazolan e Propofol, verificou-se que, conforme o Ofício 698, ocorreram atrasos nas entregas relativas a 2ª e 3ª parcelas do Contrato 81/2021 e não foi

instaurado procedimento administrativo para apuração de descumprimento contratual, até o dia 15/4/2022.

454. Importante registrar que os medicamentos contratados eram essenciais naquele momento da pandemia, haja vista que eram utilizados para viabilizar o procedimento médico de intubação orotraqueal em pacientes acometidos com Covid-19. O volume atrasado de medicamentos é, considerando as duas entregas:

a) Dexmetomidina 2ml – 238.185 unidades;

b) Midazolan 10ml – 236.200 unidades; e

c) Propofol 20ml – 22.650 unidades.

455. A empresa foi instada a se manifestar a respeito dos atrasos por meio dos ofícios 412, 438 e 698/2021/CGAFB/DAF/SCTIE/MS, sendo o último ofício enviado em 19/10/2021. Contudo, não consta no processo a resposta para os ofícios 438 e 698, além de a resposta ao ofício 412 não justificar o atraso ocorrido na entrega dos medicamentos contratados.

456. Observou-se que não consta no processo documentos probatórios da adoção de providências adicionais pelo Ministério da Saúde visando apurar ou sancionar o fornecedor pelos atrasos nas entregas relativas a 2ª e 3ª parcelas do Contrato 81/2021.

457. Porém, verificou-se que a Secovid, por meio de Despacho (SEI 26231089), posicionou-se a respeito do Ofício 698, informando que, "considerando o lapso temporal da referida demanda, conclui-se que a demanda em questão foi atendida", e procedeu o arquivamento do processo, sem anexar nenhum documento ou justificativa comprovando a resolução dos atrasos na execução do objeto mencionados no Ofício 698/2021.

458. O Decreto 10.024/2019, que dispõe de licitações na modalidade pregão em sua forma eletrônica, prevê no inciso IV, art. 49, que:
ficará impedido de licitar e de contratar com a União e será descredenciado no Sicaf, pelo prazo de até cinco anos, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais, garantido o direito à ampla defesa, o licitante que, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta atrasar a execução do objeto.

459. Por sua vez, o item 23.1.5 do Edital do Pregão 124/2020 faz referência a eventual sanção por retardamento do cumprimento do objeto. Já a Lei 8.666/1993, em seu artigo 86, dispõe que "o atraso injustificado na execução do contrato sujeitará o contratado à multa de mora, na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato". Ainda, viola os princípios da isonomia e da impessoalidade, pois a administração não deve relevar a conduta de uma empresa, e ser rigorosa com outra que porventura incida no mesmo tipo de inexecução.

460. A apuração das falhas na execução dos contratos é obrigação legal, em que a administração deve verificar a situação ocorrida em prol do interesse público. Não significa, necessariamente, que se deva aplicar sanção ao fornecedor, mas se deve apurar os fatos diante da situação fática e das justificativas apresentadas e aplicar ou não as sanções oferecidas pela Lei de Licitações: multa, suspensão de licitar ou contratar, declarar inidoneidade.

461. Dessa forma, considerando os ditames dos princípios da vinculação ao instrumento convocatório, da indisponibilidade de interesse público, além da legalidade, bem como o regramento jurídico aposto anteriormente, era esperado que a administração apurasse, por meio de procedimento administrativo, o atraso injustificado do fornecedor.

462. Como possíveis causas para a situação em apreço, cita-se eventual falha funcional do fiscal e gestor do contrato que não ultimou, após o envio do Ofício 698/2021, a apuração dos atrasos ocorridos e que não foram justificados pela contratada.

463. Como consequência dos atrasos nas entregas, observa-se o risco de falta de medicamentos para os pacientes, sensação de impunidade, pois a empresa não sofreu nenhuma sanção e continua contratando com o poder público, mesmo não tendo cumprido as suas obrigações a contento.

464. Espera-se com a medida proposta que o fornecedor faça suas entregas regulares de acordo com o cronograma contratado ou apresente justificativas para os atrasos e que a administração pública acompanhe, apure e decida sobre situações de atrasos de fornecimento de bens adquiridos.

465. **Dessa forma, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de 30 dias, proceda à análise de eventual descumprimento contratual por atrasos nas entregas da 2ª e 3ª parcelas relativas ao Contrato 81/2021 por parte da empresa União Química Farmacêutica Nacional S/A (Processo SEI 25000.165553/2020-90), em obediência ao que dispõem os artigos 86 da Lei 8.666/1993 e 49, inciso IV, do Decreto 10.024/2019, aos princípios da isonomia e da impessoalidade, e o item 23.1.5 do Edital do Pregão 124/2020.**

466. O Dlog informou que o relatório final de execução do Contrato Administrativo 81/2021, realizado pela fiscal do contrato substituta, da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB), concluiu pela irregular execução do contrato, tendo em vista que, apesar de a contratada tê-lo executado integralmente, ela não cumpriu o cronograma de entrega do ajuste (peça 558, p. 2) (vide Apêndice 13).

467. Salientou que, após o recebimento do relatório final de execução do contrato administrativo, em 24 de maio do presente ano, a Divisão de Conformidade das Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde instaurou processo administrativo (SEI 25000.072739/2022-68), a fim de a autoridade competente apurar a infração e aplicar eventuais sanções cabíveis.

468. Verifica-se que o órgão autuou processo para apurar a situação de atrasos nas entregas dos medicamentos. Diante do exposto, entende-se que a proposta de determinação inicialmente apresentada **perdeu seu objeto**, sem prejuízo de manutenção da ocorrência.

5.1.3. Renovação do Seguro de Responsabilidade Civil por efeitos adversos da vacinação e garantia para cobertura desses efeitos

469. O Ministério da Saúde contratou com dispensa de licitação a seguradora *Newline Underwriting Management Limited*, para cobertura de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação dos fabricantes Pfizer e Janssen contra Covid-19 e custos de honorários advocatícios envolvidos. A cobertura do seguro foi de US$ 50,000,000.00, com franquia de US$ 3,000,000.00 e pagamento de prêmio de US$ 4,437,477.00, decorrentes dos Contratos 051/2021, de 18 de março de 2021 (Janssen) e 052/2021, de 18 de março de 2021, e 117/2021, de 13 de maio de 2021 (Pfizer), conforme detalhamento da tabela 14.

Tabela 14 - Contratos de Seguro de Responsabilidade Civil

Item	Descrição	Contrato	Empresa	Doses	Cobertura US$	Franquia US$	Prêmio US$
1	Seguro garantia	52/2021	*Pfizer*	100.001.070	10.000.000	750.000	1.043.750
Complemento ao seguro da *Pfizer*					10.000.000	750.000	800.000
2	Seguro Garantia	51/2021	*Janssen*	38.000.000	10.000.000	750.000	750.000
3	Seguro garantia	117/2021	*Pfizer*	99.999.900	20.000.000	750.000	1.843.727
Total				**238.000.970**	**50.000.000**	**3.000.000**	**4.437.477**

Fonte: elaboração própria com as informações dos Processos SEI 25000042130202183 e 25000076453202171.

470. No sexto ciclo de acompanhamento, foram levantadas possíveis irregularidades na contratação, a exemplo de direcionamento na contratação da seguradora e de corretores, e de diferença dos valores de seguro, e a equipe de auditoria procedeu à representação nos autos do processo TC 043.914/2021-7, o qual está na fase de saneamento.

471. Por meio do Ofício de Requisição 38/2022, foram solicitadas informações acerca de existência de processos administrativos ou judiciais pleiteando indenizações por efeitos adversos da vacinação, providências para assegurar a garantia indenizatória para circunstâncias não previstas no objeto contratado e de renovação do seguro (peça 343).

472. A resposta do Ministério da Saúde consta das peças 401 e 403-412.

473. A Secovid/MS informou que tem conhecimento de quatro demandas judiciais, nas quais pleiteia-se indenização em razão de efeitos adversos da vacinação contra a Covid-19, todavia nenhuma decorre de evento adverso em razão da aplicação das vacinas Pfizer, Janssen e Coronavac, não havendo prolação de sentença meritória. Na tabela 15 estão relacionados os processos citados pelo órgão:

Tabela 15 - processos judiciais pleiteando indenizações por efeitos adversos da vacinação informados pela Secovid/MS

SEI	Tipo	Jurisdição	UF	Imunizante	Valor pleiteado R$	Número de beneficiários	Status do processo
00737.013241	Ação judicial	TRF1	DF	AstraZeneca	100.000,00	1	Aguardando sentença
00737.014273	Ação judicial	TRF3	SP	AstraZeneca	200.000,00	1	Aguardando sentença
00737.002658	Ação judicial	TRF2	RJ	AstraZeneca	100.000,00	1	Aguardando sentença
00737.003845	Ação judicial	TRF4	SC	AstraZeneca	876.162,40	1	Aguardando sentença

Fonte: Despacho Secovid/MS de 16/3/2022 (peça 403) - Adaptado

474. A Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde apresentou relação de dezessete ações demandando indenização por responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação. As decisões adotadas pugnam pela assistência judicial gratuita, sendo que em apenas duas foi deferido por decisão preliminar o custeio de sessões de fisioterapia aos reclamantes, não havendo sentença meritória (peça 394).

475. No âmbito do Ministério da Saúde, a avaliação técnica dos efeitos adversos da vacinação baseia-se em (peça 403):

a) dados médicos relacionados ao evento, incluindo história clínica detalhada;

b) dados relacionados ao imunizante como via de administração, lote, fabricante, data de aplicação;

c) exames clínicos pré e pós ao evento;

d) exames de imagem e laboratoriais;

e) relatórios, laudos e atestados médicos;

f) declarações de óbito, quando houver desfecho fatal;

g) comorbidades associadas;

h) uso prévio de medicamentos; e

i) outras avaliações etiológicas que possam ter sido realizadas.

476. As informações para avaliação técnica são coletadas a partir de múltiplas fontes, a exemplo de dados de prontuário médico anexados ao processo, dados constantes no sistema de informação de eventos adversos pós vacinação (SI-PNI WEB EAPV e e-SUS Notifica - Módulo EAPV, para os eventos ocorridos a partir do ano de 2021), e informações encaminhadas pelas secretarias estaduais de saúde (peça 403).

477. O conjunto dos dados são avaliados pela equipe médica da CGPNI e, caso necessário, são discutidos no Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos (CIFAVI), procedendo-se ainda a uma discussão contextualizada com a literatura médica sobre o tema. Se os dados se mostrarem insuficientes para uma devida apreciação, encaminha-se solicitação para investigação adicional à Secretaria Estadual de Saúde (SES).

478. Verifica-se que existe no Ministério da Saúde uma rotina para verificação técnica dos efeitos adversos da vacinação notificados, elementos estes que servem para suporte de informações acerca do uso das vacinas e subsidiar a defesa da União nas demandas judiciais.

479. Sobre a renovação do seguro, o Ministério da Saúde informou que não será renovado e que foram feitas tratativas junto à Pfizer e ao Ministério da Economia para estabelecimento de uma garantia para os contratos da Pfizer (052/2021, 117/2021 e 281/2021), uma vez que a fabricante exigia garantia para cobertura de efeitos adversos (peça 404).

480. Nas tratativas com a farmacêutica Pfizer, o Ministério da Saúde apresentou como possíveis soluções (peça 404):

a) realização de novo procedimento licitatório;

b) endosso da apólice relativa ao Contrato 52/2021; e

c) constituição de fundo, por meio de aporte de recursos orçamentários, de modo a prever a utilização dos recursos ali existentes para pagamento de eventuais indenizações.

481. Diferentemente do que ocorreu nos Contratos 052/2021 e 117/2021, a Pfizer assinou o Contrato 281/2021, mesmo sem que houvesse a formalização de contrato de seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos das vacinas, resguardando-se na obrigação legal constante no art. 1º, §1º da Lei 14.125/2021 de os entes nacionais constituírem garantias ou contratar seguro privado, nacional ou internacional (peças 404 e 408).

482. Ressalte-se que o Ministério da Saúde entrou em contato com a empresa corretora *The Underwriting Exchange* no sentido de endossar os seguros vigentes com a seguradora, porém, além da morosidade da resposta, a empresa exigia que nas tratativas figurasse a Sra. Danielle Cavalcanti Sayão, sendo a condicionante não aceita pelo órgão ministerial (peças 404-407).

483. O Ministério da Saúde realizou reunião com o Ministério da Economia para tratar da viabilidade de constituição de fundo específico para garantir eventuais indenizações. Na ocasião, o Ministério da Economia entendeu que a alternativa mais adequada seria a alteração da descrição de dotação orçamentária, de modo a incluir a possibilidade de pagamento de eventuais indenizações, nos termos dos instrumentos contratuais e da autorização conferida pela Lei 14.125/2021, com os recursos destinados para aquisição de vacinas, evitando, assim, a criação de despesa sem a respectiva previsão orçamentária.

484. Para viabilizar o ressarcimento das vítimas de efeitos adversos das vacinas, as alternativas levantadas pelo Ministério da Saúde foram as seguintes:

a) constituição de fundo para financiar o eventual ressarcimento direto às pessoas;

b) utilização de recurso de fundo já existente que possibilitasse custear o ressarcimento;

c) contratação da Agência Brasileira Gestora de Fundos Garantidores e Garantias S.A. (ABGF) para viabilizar o seguro;

d) criação de um plano orçamentário na ação "20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para prevenção e Controle de Doenças", reservando dotação específica na LOA 2022 para garantir orçamento para eventuais ressarcimentos.

485. A opção foi pela utilização dos recursos da ação orçamentária "20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para prevenção e Controle de Doenças", previstas na Lei Orçamentária para 2022.

486. Neste sentido, foi criado o PO 0005, no programa de trabalho 10.305.5023.20YE.0001, a fim de garantir a reserva de recurso para despesas decorrentes de eventuais efeitos adversos à vacina Covid-19 para todo tipo de vacina e em todos os esquemas vacinais (peça 404).

487. A solução encontrada contempla as situações não previstas no objeto da contratação do seguro da seguradora *Newline Underwriting Management Limited*, do Contrato 218/2021 (assinado em 26 de novembro de 2021 e sem cobertura de seguro) e das circunstâncias não cobertas no objeto inicial (reforço de vacinação, intercambialidade e esquemas vacinais alternativos).

488. Ressalte-se que, mesmo com o encerramento da Espin, o Ministério da Saúde deve oferecer as garantias para os contratos vigentes das farmacêuticas acerca da responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação.

489. No TC 037.621/2021-1, a CGU solicitou informações sobre as possíveis irregularidades na contratação do seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação, sendo atendida por meio do Acórdão 2.878/2021 TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego.

490. Em razão de a equipe de auditoria ter representado sobre os fatos, tramitando nos autos do TC 043.914/2021-7, sugere-se informar a CGU sobre este processo a título de complementação de informação.

5.2 Efeitos adversos da vacinação

491. A equipe de auditoria solicitou à Anvisa informações acerca dos efeitos adversos da vacinação. Por meio da Nota Técnica 28/2022/SEI/GFARM/DIRE5/ANVISA (peça 400, p. 29-41), a Anvisa, por meio da Gerência de Farmacovigilância (GFARM) informou que o monitoramento das vacinas contra a Covid-19 é realizado de forma cooperada e integrada entre o Ministério da Saúde e a autarquia, sob a coordenação do Ministério, conforme previsto no protocolo de vigilância epidemiológica e sanitária de eventos adversos pós-vacinação.

492. O referido protocolo estabelece que o sistema eletrônico de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) a ser utilizado pelos notificadores será o e-SUS Notifica (sistema gerenciado pelo Ministério da Saúde) e, somente na indisponibilidade deste, deve ser utilizado o VigiMed (sistema gerenciado pela Anvisa).

493. Existem os eventos adversos previsíveis, que são aqueles indicados na bula das vacinas, e os efeitos adversos imprevisíveis, que são aqueles que não foram observados durante os ensaios clínicos, mas que foram identificados por meio da farmacovigilância e, após avaliação técnica que conclui ter relação dos efeitos com a vacina, são incluídos e em bula por solicitação desta Gerência de Farmacovigilância.

494. A nota técnica informou que, até o dia 5 de março de 2022, o e-SUS Notifica reunia 145.289 notificações de EAPV. Acrescentou que VigiMed continha 25.787 notificações, que corresponde a cerca de 15% dos EAPV notificados no Brasil, até o dia 8 de março de 2022.

495. Segundo a Anvisa, a proporção de suspeitas de EAPV por vacinas é: 47,8% AstraZeneca/Fiocruz; 29,1% Pfizer; 17,3% CoronaVac; 4,8% Janssen; e em 1% das notificações a vacina não foi informada pelo notificador, conforme dados do VigiMed.

496. Cefaleia (dor de cabeça), pirexia (estado febril) e mialgia (dor muscular) foram eventos adversos notificados para todas as vacinas.

497. A nota técnica informou ainda que, até o dia 8 de março de 2022, havia registro de nove óbitos relacionados às vacinas no VigiMed, com causalidade definida, ou seja, relação entre a vacinação e o desfecho. Todos esses óbitos foram causados pela síndrome de trombose com trombocitopenia (TTS, sigla do inglês), após imunização com a vacina de adenovírus AstraZeneca (peça 400, p. 38).

498. O documento apresenta uma relação entre o quantitativo de vacinas aplicadas, até março, e o número de óbitos de efeitos adversos, chegando ao índice de óbito de 0,0074 casos por 100.000 doses aplicadas.

499. Cita ainda que a incidência de trombose do seio venoso cerebral (TSVC) na população geral é estimada entre 1,2 e 2,0 casos/100.000 pessoas/ano, informando ainda que os estudos indicam que a incidência é maior em mulheres, e a idade mais frequente ocorre entre 18-44 anos, sendo mais frequente em afro-americano.

500. As complicações trombóticas são frequentes em pacientes com infecção aguda ou recente por síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus. Estima-se que o risco relativo de TSVC em pacientes com Covid-19, em comparação com aqueles sem a doença, seja pelo menos 14 vezes maior (peça 400, p. 39).

501. A nota técnica informou que o perfil benefício-risco das vacinas é favorável aos benefícios, em detrimento de riscos associados, de acordo com os dados de vacinação no Brasil e no mundo, até o momento.

502. No que se refere ao risco de morte de crianças por miocardite, a Anvisa informou que o processo de aprovação do uso infantil da vacina *Comirnaty*, a empresa desenvolvedora submeteu dados de segurança da vacina para crianças de 5 a 11 anos. A entidade verificou que nenhum caso de miocardite ou pericardite foi observado no período de acompanhamento da vacinação das crianças entre 5 e 11 anos, que ocorreu até aproximadamente três meses após a administração da segunda dose.

503. Ainda ressaltou que, até o momento, estudos na população adulta apontam que o risco de ocorrência de miocardite causada pela vacina é consideravelmente menor do que o risco causado pela Covid-19, o que reforça ainda mais a necessidade de vacinação e o perfil benefício-risco favorável ao imunizante.

504. Por fim, a nota técnica informou que uma das consequências da infecção pelo novo Coronavírus é o aumento do risco de trombose, miocardite, síndrome inflamatória multissistêmica e outros fatores de risco que podem resultar em maior probabilidade de hospitalizações, internações em unidade de terapia intensiva ou maior probabilidade de óbito pelos danos da Covid.

505. Deste modo, asseverou que, para análise do balanço benefício-risco de uma vacina, compara-se, por exemplo, a chance de se ter trombose pela vacina com a chance de haver trombose por consequência da doença, caso ela não venha a ser prevenida. Os dados de literatura internacional, até o momento, apontam para risco maior de trombose por Covid-19 do que pelas vacinas contra a doença. Ocorre o mesmo para o risco de miocardites, que é maior para quem contrai a Covid-19.

506. Verifica-se, então, que os riscos de efeitos adversos da vacinação existem, sendo mais comuns os de natureza leve, porém efeitos graves podem ocorrer também, com frequência muito baixa.

507. Os estudos demonstram que o benefício-risco sempre fica favorável para a imunização comparativamente com a contaminação pela Covid-19 para não vacinados, conforme Anvisa e Secovid.

5.3 - Possíveis irregularidades da dispensa de licitação que originou o Contrato 250/2020 – MS/*Life Tecnologies*

508. No terceiro Relatório de Acompanhamento, a equipe de auditoria avaliou a transparência das contratações realizadas pelo Ministério da Saúde e identificou irregularidades na contratação de 10 milhões de unidades de conjuntos para análise, extração de RNA viral de fluidos corporais, colunas de centrifugação, tubos de coleta, soluções tampão e RNA carreador. Constataram-se, à época, diversas alterações na especificação do objeto da dispensa de licitação, ausência de planejamento e falta de transparência quanto às informações relacionadas à contratação.

509. A equipe verificou, por meio da consulta aos sistemas de tramitação eletrônica de processos utilizados, à época, pelo Ministério da Saúde, que a contratação em tela continha informações em paralelo em dois sistemas: no SIN Processos (Sistema de aquisição informatizado no qual estava sendo instruído processo de aquisição em desacordo com a Portaria GM/MS 900/2017); e no Sistema Eletrônico de Informações (SEI/MS), ao qual o pedido de reconsideração havia sido inserido, enquanto o contrato estava sendo executado normalmente no SIN, sem a inserção das informações do recurso.

510. Em decorrência da irregularidade encontrada quanto à utilização de mais de um sistema para a instrução de processos no âmbito do Ministério da Saúde e a consequente ausência de transparência, o Plenário do TCU acatou a proposta da equipe de fiscalização e expediu determinação ao Ministério da Saúde para que passasse 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 (Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do ministro Benjamim Zymler).

511. Ademais, em razão de constatação de vícios no julgamento das propostas, após a entrega do primeiro lote do contrato (3 milhões de *kits* de extração), o Ministério da Saúde realizou, em 11/12/2020 e 18/12/2020, anulação do empenho 2020NE800787, nos valores de R$ 93.307.500,00 e R$ 39.892.500,00, respectivamente, perfazendo o valor de R$ 133.200.000,00, valor total contratado.

512. Com o intuito de acompanhar as apurações das possíveis irregularidades da dispensa de licitação que originou o Contrato 250/2020, em 15/7/2021, foi encaminhado o Ofício de Requisição 21 (peça 92) ao Ministério da Saúde.

513. Em sua resposta (peça 119), o órgão informou que a CGU, por meio do Ofício 13771/2021/CRG/CGU (peça 193), tomou a decisão de apurar diretamente as eventuais irregularidades e promover eventuais responsabilizações ocorridas no âmbito do processo de contratação e pagamento relativo ao Contrato 250/2020 com a empresa *LifelTechnologies* Brasil Comércio e Indústria de Produtos para Biotecnologia Ltda.

514. Registre-se ainda que houve solicitação do Congresso Nacional nos autos do processo TC 025.869/2021-3 encaminhado pelo Presidente da CPI da Pandemia, Senador Omar Aziz, mediante Ofício 1.913/2021 - CPI/Pandemia, de 15/7/2021, em que solicitou, conforme Requerimento 1.104/2021 – CPI/Pandemia, de 1º/7/2021, que fossem enviados os documentos sobre as apurações realizadas por esta Corte de Contas acerca do Contrato 250/2020 – Ministério da Saúde.

515. O Tribunal deliberou sobre o pedido nos termos do Acórdão 2.169/2021 - TCU – Plenário, sessão de 15/9/2021, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo, encaminhando, ao solicitante, cópia das peças 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22, 23 e 24 daquele processo, bem como da peça 7 do TC 015.125/2021-1 e esclareceu que tão logo o processo de acompanhamento fosse apreciado por esta Corte de Contas, novas e complementares informações acerca do Contrato MS 250/2020 seriam encaminhadas.

516. As informações até aqui abordadas constam do TC 025.869/2021-3 e já foram disponibilizadas para o solicitante.

517. Neste ciclo, foi enviado Ofício de Requisição 13817/2022 à CGU para que informasse o resultado das apurações empreendidas. A CGU, por meio da Corregedoria Geral da União, informou que conduz a Investigação Preliminar Sumária - IPS 00190.106369/2021-78, a qual se encontra em fase de instrução (peça 461).

518. Considerando a informação da CGU, sugere-se no próximo ciclo a obtenção de informações atualizadas sobre a apuração do controle interno.

5.4 – Programa Vigiar SUS

519. Na execução dos trabalhos de auditoria, foi requisitado por meio do Ofício 30/2021, informações do Ministério da Saúde informações acerca da concepção, execução e prestação de contas relativos ao Programa Vigiar-SUS (peça 201).

520. Em resposta, a pasta apresentou o Relatório das ações da Rede Vigiar-SUS: anos 2020 e 2021, Eixos 1, 2, 4 e Previcov, que apresenta o programa, seus eixos, metas, resultados e recursos envolvidos (peça 253).

521. O projeto da Rede Vigiar-Sus foi lançado, em 29/10/2020, na 8ª reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tendo por objetivo o fortalecimento, a ampliação e a modernização da vigilância em saúde do país por meio de ações estratégicas que integram diferentes eixos desse setor, necessários para uma vigilância qualificada de doenças e agravos, com foco especial para Covid-19, alerta oportuno de riscos e ameaças à saúde e resposta integrada às emergências em saúde pública.

522. Os pressupostos dos programas residiam em informação, vigilância, resposta e monitoramento da pandemia de Covid-19.

523. Foram previstos inicialmente oito eixos: Rede Cievs, Renaveh, Vigilância Sentinela das Síndromes Respiratórias, Serviço de Verificação de Óbito, Equipes de Pronta Resposta para Covid-

19, Imunização para Covid-19, Laboratórios Centrais de Saúde Pública e Estudos de Prevalência de Covid-19.

524. Inicialmente, com os oito eixos, o projeto teve estimativa de gastos de R$ 1,5 bilhão, sendo redimensionado para R$ 784.442.846,27, com redução para quatro eixos: Cievs, Reanaveh, EpiSus e Serviço de Verificação de Óbito.

525. No Apêndice 10, é feito detalhamento de cada eixo e suas contribuições para o processo de vigilância em saúde.

526. Em relação à Prevcov, no sexto ciclo constataram-se possíveis irregularidades acerca da terceirização dos serviços pelo Ministério da Saúde para OPAS e Fiocruz, com pagamento de taxa de administração. A esse respeito, o Tribunal emitiu ciência à Fiocruz acerca de ocorrência relacionada ao Contrato 121/2020, decorrente da relação Fiocruz-Fiotec (item 9.5 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Vital do Rêgo).

527. De outro lado, o Tribunal determinou à Segecex que, caso ainda não tenha sido feito, promovesse, no prazo de 120 dias, ações de controle de forma a averiguar a regularidade dos contratos de maior materialidade firmados no âmbito do Programa Vigiar-SUS, representando ao TCU em caso de constatação de indícios de irregularidade (item 9.11 do referido acórdão).

528. A equipe de auditoria ofertou representação que tramita nos autos do TC 044.725/2021-3, que tem por objeto a apuração dos fatos relacionados ao programa Vigiar-SUS, no âmbito do qual a regularidade dos contratos está sendo apurada, de modo que se tem por **em cumprimento** a determinação exarada pelo Tribunal à SecexSaúde (item 9.11 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Vital do Rêgo).

6 – REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS

529. Neste sétimo ciclo do acompanhamento, o Tribunal passou a examinar as requisições administrativas realizadas nos exercícios de 2020 e 2021, envolvendo, no período, valores acima de R$ 160,3 milhões em equipamentos, medicamentos de intubação orotraqueal, seringas, agulhas, máscaras, usinas de oxigênio, luvas, ventiladores pulmonares, dentre outros (*vide* Tabela 3 do item 2.2).

530. O instituto da requisição administrativa tem previsão no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal, o qual estabelece a possibilidade de a autoridade competente, em casos de iminente perigo público, usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário a indenização posterior, se houver dano.

531. O art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990 estabelece que a requisição administrativa é atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de modo que esses entes podem exercer o poder de requisição para o atendimento de necessidades coletivas, inclusive decorrentes de situação de epidemias.

532. A Lei 13.979/2020 previu, em seu art. 3º, inciso VII, que as autoridades estavam legitimadas a efetuar a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, assegurada a indenização posterior e justa.

533. Observou-se, na pandemia, que a União buscou se apropriar de equipamentos e insumos adquiridos por estados e municípios, sendo a medida impedida pela atuação da via judicial, a exemplo de requisição de seringas e agulhas que o Estado de São Paulo tinha comprado para executar o Plano Estadual de Imunização (Ação Cível Ordinária ACO 3463 MC-REF/SP), ventiladores pulmonares do Estado do Maranhão e Mato Grosso (ACO 3.385/MA e (ACO 3.393/MT).

534. Em relação às requisições administrativas com intervenção na propriedade privada, a União requisitou no ano de 2020 mais de R$ 7,3 milhões e, em 2021, esse valor superou 20 vezes mais, com valor de R$ 152,9 milhões (*vide* Tabela 3 do item 2.2).

535. Acerca da temática, deve o gestor público, ao lançar mão dessa prerrogativa do poder público, observar o princípio da razoabilidade e da proporcionalidade na aplicação do instituto, bem como

sopesar se a requisição efetivamente é uma medida adequada e necessária, sob pena de prejudicar ainda mais a cadeia produtiva em um momento de escassez de produtos e de insumos.

536. No julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 671, de 3 de abril de 2020, o Ministro Ricardo Lewandowski, relator do processo no STF, ressaltou ao firmar que embora a apreciação do uso das medidas excepcionais estejam inseridas nas competências das autoridades públicas, "em face das situações concretas com as quais são defrontadas", elas estão submetidas "à luz dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, sem prejuízo do posterior controle de constitucionalidade e legalidade por parte do Judiciário".

537. Em razão da amplitude e complexidade da matéria, especialmente em decorrência da motivação dos atos serem formalizados na Espin, da limitada oferta de bens e serviços e da demanda pelos serviços de saúde, que gerou uma estruturação da rede de saúde com aumento de leitos de UTI-Covid-19, de consumo de medicamentos de IOT, oxigênio medicinal, de seringas e agulhas, e de EPI, a equipe de auditoria direcionou os trabalhos, neste primeiro momento, para a proposição da necessidade de normativo interno do Ministério da Saúde que defina os procedimentos para utilização do instituto e dos critérios para estabelecimento dos pagamentos da indenização (preço justo).

6.1 – Principais constatações

6.1.1 - Ausência de padronização dos procedimentos para cálculo das indenizações das aquisições de materiais e serviços objeto de requisição administrativa

538. Nos processos de requisição administrativa realizados pelo Ministério da Saúde para obtenção de materiais e serviços urgentes para o enfrentamento da Covid-19, observou-se a falta de padronização dos procedimentos internos para o cálculo da indenização a ser paga aos fornecedores desses produtos e/ou serviços alcançados pela medida.

539. Não houve definição prévia das responsabilidades de cada setor envolvido do Ministério da Saúde (DLOG, SAES, Colmer) no processo de requisição administrativa, resultando em dificuldades na pesquisa de preços no banco de dados de compras públicas (Comprasnet) para o cálculo das médias, medianas e médias ponderadas, além de menores valores, e não utilização do Sistema de Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (SIGEM), em razão da não definição dos códigos e das especificações técnicas dos materiais e serviços requisitados.

540. Além disso, houve utilização de critérios diversos para estabelecimento do preço justo para os mesmos produtos e serviços (mediana, média ponderada, média e valores de registros de preços anteriores).

541. Caso houvesse normativo interno com o estabelecimento do rito interno dos processos de requisição administrativa, com justificação da medida adotada, padronização do procedimento, ateste das notas fiscais, codificação dos materiais, definição de responsabilidades de cada setor pela análise do valor de indenização para as requisições, a ocorrência de que se trata não teria sido materializada.

542. Evidencia-se a ocorrência de não definição de setor responsável por pesquisar o código do material ou serviço requisitado nos despachos da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde em resposta à solicitação da Secretaria Executiva, nos processos 25000.044809/2021-15 (peça 490, p. 1-3) e 25000.040452/2021-98 (peça 490, p. 4-6):

> (...) Em que pesem as razões apontadas pelo DLOG/SE/MS em seu despacho, contudo, não há possibilidade de, por esta SAES/MS, ser atendida a solicitação.
>
> Em primeiro lugar, verifica-se que o Sr. Secretário de Atenção Especializada à Saúde recebeu a competência para realizar requisições diretamente do Ministro de Estado da Saúde, com natureza jurídico-administrativa *intuito1personae*, isto é, não foi delegada à SAES/MS a competência, mas unicamente ao Secretário de Estado.
>
> (...) Não se pode imaginar, portanto, que o Ministro de Estado, caso requisitasse medicamentos (hipótese de não delegação), **deveria realizar os atestes das notas fiscais e emitir código**

CATMAT dos produtos, justamente porque dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde existe departamento próprio para operação logística adequada.

Não por outra, diga-se, o próprio DLOG/SE/MS, em seu Despacho DLOG (0020344543), deixa expressamente claro que [...] a responsabilidade em requisições administrativas deste DLOG é operacional [...]. A requisição administrativa foi determinada por ato jurídico da autoridade competente, cabendo ao setor operacional a sua perfectibilização, como efetivamente foi feito.

(...)

Por fim, não cabe à SAES/MS indicar códigos CATMAT dos produtos, haja vista que não possui expertise no assunto, faltando-lhe, inclusive, o acesso aos respectivos sistemas em que eles estão estabelecidos.

543. Conforme despacho descrito, a SAES afirmou que não seria sua responsabilidade a indicação dos códigos do Catálogo de Materiais (CATMAT), por não ter expertise para tanto, sem sequer acesso aos sistemas onde estariam presentes, e, os setores (SAES e Dlog) envolvem-se em debate de competência para definir quem teria a atribuição de recebimento dos materiais requisitados.

544. Sem a indicação dos códigos CATMAT, a fim de padronizar os produtos e facilitar a pesquisa de preços, a Coordenação de Licitações e Análise de Mercado de Insumos Estratégicos para Saúde (Colmer) ressaltou em seus despachos de pesquisa de preços que a definição para preço justo da indenização pode ser estabelecido em vários critérios e necessita dos citados códigos, conforme excertos abaixo (peça 490, p. 9-10):

Processo 25000.060511/2021-44

Despacho Colmer (31/8/2021)

Considerando que o CATMAT do produto requisitado não foi informado, esta COLMER promoveu uma busca para localizar códigos **que mais se assemelham ao objeto** em tela. Foram localizados os seguintes CATMAT's com características similares: BR0299427, BR0376959 e BR0414379.

Processo 25000.037125/2021-59

Despacho Colmer.

Primeiramente informa-se que, conforme o despacho DLOG/SE/MS (0019677163), foram requisitados 06 produtos. Destaca-se que para o item "Ventilador Pulmonar Inteligente VI-C19 **não foi informado um número CATMAT, o que impossibilitou a realização de pesquisa de preços** para este produto.Outro ponto a ser destacado é que os produtos "Ven TEC Digital Microprocessado Mod. Modelo:LUFT3" e "Ventilador Pulmonar Hortron HTR-1" **aparecem com o mesmo número CATMAT** e, sem a apresentação do descritivo técnico dos dois produtos, não é possível garantir que sejam equipamentos compatíveis.

Posto isto, realizou-se pesquisa de preços (0019889181), na data de 30/03/2021, utilizando-se como parâmetro de busca o sítio eletrônico DW/COMPRASNET, sendo considerado **um lapso temporal de 1(um) ano**, com o intuito de verificar o panorama geral do ano, assim como faculta a Instrução Normativa nº 73/2020/ME.

(...) Para o item "VENTILADOR ARTIFICIAL ELETRÔNICO – UTI", localizou-se seis registros de aquisições, com **preços que variam de R$ 5.476,84 a 53.964,90, que equivale a uma diferença de 885,33%** entre o menor e o maior preço. Para este item, a média foi de R$ 35.840,4617; mediana de R$ 36.755,5150; e média ponderada de R$ 41.571,4255.

Chama a atenção, neste item, a diferença **564,01% existente entre o menor preço (R$ 5.476,84) e o segundo menor preço (R$ 30.890,00), o que pode indicar que sejam equipamentos distintos** embora façam uso do mesmo código CATMAT.

Para os itens "VENTILADOR PULMONAR TEC DIGITAL MICROPROCESSADO MOD. Modelo:LUFT3" e "VENTILADOR PULMONAR HORTRON HTR-1", que fazem uso do mesmo CATMAT, localizou-se onze registros de aquisições, com **preços variando de R$ 22.499,00 a R$ 85.000,00, diferença de 277,79% entre o menor e o maior preço**. A média das aquisições foi de R$ 54.866,2509; a mediana de R$ 56.000,00; e a média ponderada de R$ 80.584,1743.Para o item "VENTILADOR PULMONAR BR1 SAEVO", localizou-se treze

69

registros de aquisições, variando de R$ 9.800,00 a 60.000,00, **diferença de 512,24% entre o menor e o maior preço**. Para este item a média foi de R$ 33.999,9992; mediana de 34.000,00; e média ponderada de R$ 43.053,6322.

Por fim, para o item "OXIGÊNIO LÍQUIDO REFRIGERADO 2.2 (M3)", localizaram-se sessenta e sete registros de aquisições, variando de R$ 0,98 a R$ 89,94 **o preço do metro cúbico do insumo, diferença superior a 9.000% entre o menor e o maior preço**. A média deste item foi de R$ 19,5981; a mediana de R$ 13,8700; e a média ponderada de R$ 2,7777.

Produtos requisitados.	CATMAT	Menor preço	Média	Mediana	Média Ponderada
Vent. Artificial Eletrônico – UTI	BR0413271	5.476,84	25.840,4617	36.755,5150	41.571,4255
Vent. Pulmonar Tec Digital Microproc LUFT3	BR0413249	22.499,00	54.866,2509	56.000,00	80.584,1743
Vent. Pulmonar Holtron HTR-1	BR0413249	22.499,00	54.866,2509	56.000,00	80.584,1743
Vent. Pulm. BR1 Saevo	BR0413274	9.800,00	33.999,9992	34.000,00	43.053,6322
Vent. Pulm. Inteligente VI-C19	n/a	n/c	n/c	n/c	n/c
Oxigênio Líquido Refrigerado 2,2m³	BR0412488	0,98	19,5981	13,8700	2,7777

Conforme se observa da tabela acima, para todos os produtos, a pesquisa demonstrou uma **grande disparidade entre os preços de aquisições realizadas por outros entes públicos**, o que sugere que os CATMATs estejam sendo utilizados para a aquisição de itens com **especificações distintas**, impossibilitando uma análise concreta daqueles preços e assim subsidiar esse DLOG no processo de pagamento.

Ademais, o despacho DLOG 0019677163, **não traz as características pormenorizadas de cada produto**, o que por si só já resultaria na impossibilidade de definição de um preço de mercado para cada item. **(grifou-se)**

545. No processo 25000.044809/2021-15 (peça 490, p. 11-12), relativo à requisição de Bombas de Infusão, a Colmer indica que se julga incompetente para comparar os insumos pesquisados e os equipamentos comprados por meio de requisição administrativa.

546. Ainda no processo citado, houve menção pela Coordenação Geral de Inovação Tecnológica na Saúde - CGITS (peça 490, p. 13-15) ao SIGEM (Sistema de Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS) que reúne as informações técnico-econômicas (valores mínimo, máximo e sugerido, bem como cotações mercadológicas) dos itens pertencentes à Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM), cujas informações poderiam ser acessadas por meio de cadastro e consulta ao Sistema junto ao Fundo Nacional de Saúde. Somente nesse processo houve menção a esse sistema.

547. Verifica-se também ausência de comunicação entre os setores, pois o setor responsável pela obtenção dos valores de compras anteriores de medicamentos (Besilato de Cisatracúrio e Cloridrato de Midazolam) fez pesquisa apenas dos medicamentos de concentração e com ampolas conforme a lista a seguir (Processo 25000.102397/2021-37 - Despacho Colmer – peça 490, p. 16-51):

Tabela 16 - Comparativo de pesquisa de medicamento para pagamento de indenização

Besilato de Cisatracurio 2mg, ampola de 5 ml			
Média	**Mediana**	**Menor preço**	**Preço da NF**

R$ 28,41	R$ 28,28	R$ 10,59	R$ 22,50
Cloridrato de Midazolam 5mg, ampola de 3 ml			
Média	**Mediana**	**Menor preço**	**Preço da NF**
R$ 7,37	R$ 6,00	R$ 1,07	R$ 3,00
Cloridrato de Midazolam 1mg, ampola de 5 ml			
Média	**Mediana**	**Menor preço**	**Preço da NF**
R$ 6,04	R$ 4,26	R$ 2,50	R$ 3,00

Fonte: Despacho COLMER de pesquisa de preços de medicamento de IOT

548. De forma complementar, destacou-se da pesquisa os menores preços praticados pela empresa Cristália de cada insumo, junto aos entes públicos, conforme abaixo:

a) Besilato de Cisatracurio 2mg, ampola de 5 ml - R$ 20,20 - Data da compra: 16/3/2021 - Quantidade: 260;

b) Cloridrato de Midazolam 5mg, ampola de 3 ml - R$ 2,95 - Data da compra: 6/1/2021 - Quantidade: 3.500; e

c) Cloridrato de Midazolam 1mg, ampola de 5 ml - R$ 2,96 - Data da compra: 24/8/2020 - Quantidade: 7.300.

549. Constatou-se que foram realizadas compras dos seguintes medicamentos, em diferentes concentrações e tipos de ampolas:

a) Besilato de Atracúrio 10mg/ml - ampola de 2,5ml;

b) Besilato de Atracúrio 10 mg/ml - ampola de 5 ml;

c) Besilato de Cisatracúrio 2mg/ml – ampola de 5ml;

d) Brometo de Rocurônio 10mg ampola de 5ml;

e) Cloridrato de Midazolam 1mg - ampola de 5 ml;

f) Cloridrato de Midazolam 5mg - ampola de 10 ml; e

g) Cloridrato de Midazolam 5mg - ampola de 3 ml.

550. No entanto, não houve solicitação de pesquisa por parte do Dlog para que fosse incluído novo medicamento de diferentes concentrações e ampolas dos demais materiais para cálculo dos valores na obtenção da indenização devida aos fornecedores.

551. Destacam-se as observações do setor Colmer ao indicar possíveis utilizações indevidas dos códigos dos materiais e serviços no sistema, mostrando uma ausência de análise da qualidade dos dados inseridos para que o banco de dados seja uma ferramenta eficaz para obtenção de informações úteis nas compras futuras do Ministério da Saúde.

552. De todo o exposto, verifica-se que a ausência de definição das responsabilidades de cada setor envolvido do Ministério da Saúde para o procedimento de cálculo do preço justo de indenização dos produtos e serviços requisitados para enfrentamento da pandemia dificultou a obtenção de informações sobre as especificações técnicas adequadas para gerar pesquisa de preços nos bancos de dados de compras governamentais, o que impactou na tramitação dos processos e na incerteza de ter havido a inclusão de todos os preços do mercado público e privado no cálculo do preço justo de indenização aos fornecedores.

553. Verifica-se que os fatos narrados deixam de atender aos princípios da eficiência e da razoabilidade, c/c o art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, art. 7º da Portaria GM/MS 356/2020, e art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, que dispõem que seja assegurado o direito à justa indenização à pessoa física ou jurídica, cujo bem ou serviço seja objeto de requisição administrativa, art. 10, § 1º, incisos V, "c", do Decreto 7.616/2011, que versa sobre aquisições na Espin, e o art. 31, inciso VI, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, que trata das competências dos órgãos internos do Ministério da Saúde.

554. Ressalte-se que, mesmo com o encerramento da Espin, persiste a necessidade de normatização acerca do procedimento formal para execução dos processos de requisição administrativa, para que a ocorrência aqui tratada não tenha continuidade.

555. A ocorrência tem por causas a inexistência de procedimento padronizado na tramitação do processo de requisição administrativa com definição das responsabilidades de cada setor do Ministério da Saúde envolvido, para obtenção dos códigos de padronização (CATMAT e CATSER), de indicação dos sistemas e banco de dados a serem verificados (Comprasnet, SIGEM, etc), e de itens mínimos necessários das especificações técnicas de produtos e serviços para permitir uma pesquisa dos bancos de dados disponíveis.

556. A ocorrência gerou atrasos na tramitação dos processos nos setores envolvidos e ausência de dados essenciais para possibilitar uma ampla pesquisa de preços nos bancos de dados de compras governamentais com o intuito de calcular as estatísticas dos valores pagos aos diversos fornecedores a fim de possibilitar a aferição de um critério para alcançar um preço justo de indenização das requisições administrativas. Ainda, a indefinição dos critérios para pagamento das indenizações pode possibilitar ocorrência de preferências para fornecedores.

557. Em comentários do gestor, o Dlog alegou que os aspectos processuais e jurídicos ganharam relevância e tornaram-se determinantes para se classificar os valores das diferenças dos pagamentos para os fornecedores dos objetos requisitados administrativamente, já que os requisitos essenciais de competência, forma, finalidade, motivo e objeto observados foram atendidos, bem como os requisitos da justa indenização, considerando os princípios constitucionais da motivação, da razoabilidade e da proporcionalidade e que existe um procedimento interno para o processamento das requisições administrativas (Apêndice 13).

558. O procedimento indicado pelo órgão não foi formalizado, sendo uma rotina prática de como se deve proceder. A ausência de um normativo interno, com as orientações e diretrizes, para cada caso, acaba gerando as falhas verificadas na ocorrência, como divergências em termos de competência para agir, dificuldade em estabelecer a codificação dos produtos requisitados, divergência de utilização de metodologia de cálculo de indenização para mesmos itens, razão pelo qual se mantem a proposta de recomendação na forma como foi apresentada.

559. Espera-se, com o implemento da medida sugerida, que a padronização do procedimento de pesquisa de preços dos materiais e serviços melhore a tramitação dos processos dentro do Ministério da Saúde com a inserção das informações necessárias para permitir ampla pesquisa dos preços praticados dentro dos bancos de dados de compras governamentais, para estabelecimento do valor de indenização a ser paga nas requisições administrativas.

560. **Dessa forma, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que adote providências para estabelecer procedimento interno para melhorar a qualidade da instrução processual em requisição administrativa de bens e serviços, definindo a rotinização de seu procedimento, nos termos dos princípios da eficiência e da razoabilidade, c/c o art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, art. 7º da Portaria GM/MS 356/2020, art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, art. 10, § 1º, incisos V, "c", do Decreto 7.616/2011, e art. 31, inciso VI, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019.**

6.1.2 - Pagamento de indenizações fundamentadas em pesquisas de preços para certames licitatórios

561. Nos processos de requisição administrativa no período de 2020 e 2021 constataram-se ocorrências de pagamentos de indenizações fundamentadas em instruções normativas utilizadas para pesquisa de preços para aquisições em certames licitatórios ou de contratação direta (dispensa ou inexigibilidade de licitação).

562. A legislação infraconstitucional não estabelece a metodologia para cálculo da justa indenização (inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990) decorrente da requisição administrativa, apesar do instituto constar diretamente na Constituição da República (inciso XXV do art. 5º da CF/1988).

563. O Ministério da Saúde efetuou requisição administrativa para assegurar medicamentos, ventiladores, oxigênio, máscaras, agulhas e seringas para atender as necessidades da Espin, no ano de 2020 e 2021, e efetuou o pagamento da indenização fundamentada em pesquisa de preços realizadas pela Colmer.

564. Esta unidade efetuou pesquisas no DW/Comprasnet e elaborou planilhas com diversos critérios (média, mediana, contrato, nota fiscal), utilizando-se da metodologia para pesquisa de preços para realização de licitação ou contratação direta estabelecida na Instrução Normativa 5, de 27 de junho de 2014, da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instrução Normativa 73, de 5 de agosto de 2020, da Secretaria de Gestão Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, e Instrução Normativa SEGES/ME 65, de 7 de julho de 2021, da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia.

565. A Lei 9.784/1999, em seu art. 2º, parágrafo único, inciso XIII, estabelece, na primeira parte, que interpretação da norma administrativa da forma que melhor garanta o atendimento do fim público a que se dirige. Neste sentido, em razão do interesse público, a Administração Pública deve buscar critérios para realizar a justa indenização prevista no inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990.

566. Na licitação, a Administração Pública realiza pesquisa de preços, estima os valores que pretende contratar e lança o certame. O licitante oferece seus preços de acordo com seus interesses e capacidade de fornecimento, e os valores podem ser iguais, menores ou maiores que os estimados pelo poder público. Neste caso, os valores aceitos pelo contratante público deverão ser iguais ou menores aos estimados, salvo na situação decorrente da Lei 14.124, de 10 de março de 2021, que possibilitou contratação até por preços superiores aos estimados.

567. Na requisição administrativa na área de saúde, o poder público utiliza-se de seu poder coercitivo e adentra no patrimônio privado para suprir necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias nos termos do inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990. Nos processos examinados, as empresas tinham seus produtos "na prateleira" para serem negociados no mercado e o poder público requisitou tais bens, retirando-os da circulação comercial.

568. Para o empreendedor, o preço da indenização deveria ser aquele que ele disponibiliza para o mercado; para a administração pública, em razão do interesse público, deveria ser o menor preço, pois os outros tipos estabelecidos pela Lei 8.666/1993 e Lei 14.133/2021 (técnica e preço, melhor técnica, maior retorno econômico, maior desconto, maior oferta) não se mostram factíveis e adequados para esse instituto.

569. Conclui-se, então, que a pesquisa utilizou as instruções normativas acima por analogia, fazendo integração de normas, em razão da ausência de normativo expresso.

570. Ainda, nos termos do art. 126, inciso I, do Anexo I do Decreto 9.745/2019 (editar os atos normativos relacionados ao exercício de suas competências), a Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, seria o órgão do governo federal a estabelecer critérios de pesquisa de preços para servir de elemento para definição da indenização justa, considerando que emitiu a IN SEGES/ME 65/2021, versando sobre pesquisa de preços no caso de licitações e contratação direta.

571. A pesquisa realizada pela Colmer, utilizando os critérios de média, mediana, menor e maior, valor de contrato e valor de nota fiscal, conforme relatado na ocorrência precedente, apresenta deficiências que podem ter comprometido a definição do preço justo da indenização, a exemplo que segue (peça 540):

a) disparidade de preços de ventiladores pulmonares, que sugerem pesquisa de preço de produtos com especificações diferentes:

a1) ventilador artificial eletrônico – UTI, com pesquisa em seis itens apresentando preços que variam de R$ 5.476,84 a 53.964,90, que equivale a uma diferença de 885,33% entre o menor e o

maior preço. Para este item, a média foi de R$ 35.840,4617; mediana de R$ 36.755,5150; e média ponderada de R$ 41.571,42 - Processo 25000.037125/2021-59;

a2) ventilador pulmonar digital microprocessado modelo Luft3 e ventilador pulmonar Hortron HTR-1, com pesquisa em onze registros de aquisições, com preços variando de R$ 22.499,00 a R$ 85.000,00, diferença de 277,79% entre o menor e o maior preço. A média das aquisições foi de R$ 54.866,25; a mediana de R$ 56.000,00; e a média ponderada de R$ 80.584,17;

a3) ventilador pulmonar BR1 Saevo, com pesquisa em treze registros de aquisições, variando de R$ 9.800,00 a 60.000,00, diferença de 512,24% entre o menor e o maior preço. Para este item a média foi de R$ 33.999,9992; mediana de 34.000,00; e média ponderada de R$ 43.053,6322;

a4) oxigênio líquido refrigerado 2.2 (m^3), com pesquisa em sessenta e sete registros de aquisições, variando de R$ 0,98 a R$ 89,94, o preço do metro cúbico do insumo, diferença superior a 9.000% entre o menor e o maior preço. A média deste item foi de R$ 19,5981; a mediana de R$ 13,8700; e a média ponderada de R$ 2,77;

b) no item acima, o Dlog não teria apresentado as especificações do item requisitado para efeito da realização da pesquisa de preços pela Colmar.

572. Ainda, nos produtos da tabela a seguir, houve utilização de critérios diversos para definição do valor da indenização para o mesmo produto.

Tabela 17 - Critérios utilizados para pagamento de indenização

PRODUTO	CRITÉRIO UTILIZADO	NÚMERO DE PROCESSOS
Agulha 0,55x20	Média Ponderada	1
	Pregão 15/2021	9
Agulha 0,60x25	Média Ponderada	1
	Pregão 15/2021	9
Agulha 0,70x25	Média Ponderada	2
	Pregão 15/2021	9
Seringa 3ml LuerLock	Média Ponderada	3
	Pregão 15/2021	13
Seringa 3ml Slip	Média Ponderada	1
	Pregão 15/2021	5
Ventilador Pulmonar	Contratos 2020	3
	NF	4
	TA Contrato 151/2020	2
Máscara PFF2	Contrato 61/2020	4
	NF	2
Máscara PFF2 com válvula	Contrato 112/2020	1
	Contrato 61/2020	2
	NF	2
Cilindros de aço 10m³ para oxigênio	Mediana	1
	NF	1

Fonte: Elaboração própria

573. Como se verifica, os critérios utilizados, até para o mesmo produto, são distintos e demonstram insegurança na definição da indenização a ser paga pela falta de normatização.

574. Fazendo-se análise da pesquisa realizada e dos valores das indenizações, encontram-se valores distintos comparativamente ao critério utilizado.

575. Exemplificando, foram requisitados 1.805 ventiladores pulmonar em quinze processos de requisição administrativa, sendo despendido o valor total a título de indenização de R$ 97,6 milhões.

576. Fazendo-se comparação entre o valor pago a título de indenização utilizando-se como critérios a nota fiscal e os valores da pesquisa de preços para cálculo da média ponderada, tem-se as seguintes diferenças, conforme tabela abaixo (dados completos constam da peça 538):

Tabela 18 - Diferença de valores de indenização nas requisições administrativas

Empresa	Qtde.	Valor Total Da indenização	Diferença Preço Indenização - Preço Nota Fiscal	Dif.Preço Indenização - Média Ponderada R$ 41.571,43	Dif. Preço Indenização - Média Ponderada R$ 51.805,04
Holtron	40	2.400.000,00		737.142,80	327.798,40
Alliage	8	479.200,00		146.628,56	64.759,68
Inspirar	112	4.894.400,00		238.399,84	- 907.764,48
Inspirar	80	3.496.000,00		170.285,60	- 648.403,20
Inspirar	160	6.992.000,00		340.571,20	- 1.296.806,40
Magnamed	15	457.165,50		- 166.405,95	- 319.910,10
Magnamed	58	2.300.059,60		- 111.083,34	- 704.632,72
Lifemed	150	9.000.000,00	- 626.470,50	2.764.285,50	1.229.244,00
Lifemed	100	6.000.000,00	- 765.200,00	1.842.857,00	819.496,00
Lifemed	100	6.000.000,00	- 767.850,00	1.842.857,00	819.496,00
Leistung Equipamentos	100	5.000.000,00	- 882.353,00	842.857,00	- 180.504,00
Lifemed	200	12.000.000,00	- 908.772,00	3.685.714,00	1.638.992,00
Lifemed	150	9.000.000,00	- 1.147.797,00	2.764.285,50	1.229.244,00
Lifemed	300	18.000.000,00	- 1.363.158,00	5.528.571,00	2.458.488,00
Russer	232	11.600.000,00	- 3.023.609,60	1.955.428,24	- 418.769,28
Total	**1805**	**97.618.825,10**	**- 9.485.210,10**	**22.582.393,95**	**4.110.727,90**

Fonte: elaboração própria

577. Caso houvesse pagamento da indenização utilizando-se somente o critério da nota fiscal como o preço justo, o valor pago a maior seria na ordem de R$ 9,4 milhões; se fosse utilizado o critério da média ponderada de R$ 41.571,43, resultaria em economia de R$ 22, 5 milhões; se fosse utilizado o critério da média ponderada de R$ 51.805,04, resultaria em economia de R$ 4,1 milhões de reais.

578. Ressalte-se que dos quinze itens acima, só houve pesquisa de preços para quatro processos (Lifemed, quantidade 150; Lifemed, quantidade 200; Lifemed quantidade 300; e Russer quantidade 232).

579. As indenizações foram pagas pelo valor da fiscal (Holtron, Alliage, Inspirar, Magnamed) e por valor de contrato de 2020 (Leistung, Lifemed, Russer).

580. Entende-se, nesta avaliação, que não há elementos seguros para responsabilização de agentes públicos na elaboração das pesquisas de preços e no pagamento dos valores das indenizações, considerando ausência de normas definidoras dos critérios de indenização justa, bem como o fato de o órgão estava envolvido com elevadas demandas de requisição sem precedentes. Ainda, o órgão buscou com os elementos que estavam disponíveis, efetuar o levantamento de valores para realizar as indenizações.

581. A falta de um critério de apuração da indenização justa prejudica a mensuração dos valores pagos, não se tendo elementos que venham evidenciar a ocorrência de dolo ou erro grosseiro.

582. As causas da ocorrência decorrem da falta de estabelecimento de critério para se apurar o valor da indenização justa, da deficiência na especificação dos produtos submetidos para Colmer realizar a pesquisa de preços nas bases de dados públicas, e da imprecisão da descrição dos produtos nos bancos de dados (DW/Comprasnet, Siasg).

583. A ocorrência pode gerar insegurança jurídica no pagamento das indenizações, demora na resolução dos processos de pagamentos, e pagamento por valores que não refletem a indenização justa.

584. Em comentários do gestor, o Dlog informou que o valor da indenização é o menor valor obtido entre a pesquisa de preços realizada pela Colmer/CGIES/DLOG, valor contratado pelo Ministério da Saúde ou o valor cobrado na nota fiscal (peça 558, p. 3).

585. A sistemática precisa ser normatizada, uma vez que critérios subjetivos podem ser utilizados, especialmente quando não fica evidente a especificação do produto, bem como os momentos da requisição, da pesquisa de preços, e do pagamento que devem ser utilizados para efeito da apuração da justa indenização, devendo-se manter a proposta de recomendação na forma inicialmente apresentada.

586. Espera-se, com a implementação da medida sugerida, que seja normatizada, de forma centralizada, a metodologia de cálculo da justa indenização, proporcionando segurança jurídica e mitigação da possibilidade de pagamento de indenização por preços desproporcionais e geradores de prejuízo ao erário.

587. **Dessa forma, propõe-se recomendar à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, para que elabore normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em requisições administrativas para estabelecimento de justa indenização nos termos do inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990 c/c do art. 126, inciso I, do Anexo I do Decreto 9.745/2019.**

7. PROCESSO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

588. Desde o terceiro relatório desta fiscalização, o Tribunal vem acompanhando o processo de vacinação, abordando, inicialmente, a encomenda tecnológica realizada entre a Fiocruz e o laboratório AstraZeneca para produção de vacina, as iniciativas para contratação de imunizantes, elaboração e cumprimento do Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19 (PNO), autorização da uso de vacinas, atraso na entrega de vacinas, critérios de distribuição de vacinas, qualidade e eficácia dos imunizantes, sequenciamento genômico de cepas (*vide* Apêndice 2).

589. No presente ciclo, considerando o avanço da vacinação desde 18 de janeiro de 2021, buscaram-se informações acerca do atingimento das metas do PNO.

590. Por meio do Ofício de Requisição 38/2022, a equipe de auditoria solicitou informações do Ministério da Saúde sobre previsão de aquisição de vacinas Covid-19 para o ano de 2022, para público adulto e infantil, indicando quantidade, valores e cronograma de recebimento dos fornecedores e sobre o cumprimento das metas e indicadores de vacinação da Covid-19 (peça 343).

591. A Secovid/MS apresentou as informações (peças 401 e 403).

7.1 - Quantitativo de vacinas para 2022

592. A Secovid informou que, para 2022, o Ministério da Saúde firmou o Contrato 281/2021 com a Pfizer para aquisição de 100 milhões de doses de vacinas, com possibilidade de compra adicional de 50 milhões. Deste contrato, o Ministério da Saúde já fez a opção para o recebimento de 22 milhões de doses pediátricas, dos quais 14 milhões foram recebidas e enviadas para os estados.

593. Acrescentou, ainda, que o Ministério da Saúde firmou contrato com a Fiocruz para aquisição de 120 milhões de doses, com a possibilidade de fornecimento adicional de mais 60 milhões de doses.

594. Por fim, o Ministério da Saúde formalizou com a Fundação Butantan o Contrato 50/2022 para o fornecimento de 10 milhões de doses para atender a vacinação de crianças a partir de 6 anos.

595. As informações prestadas pela Secovid, com dados do início de março, dão conta de três contratos que totalizam 230 milhões de doses de vacina, com possibilidade de adicionar mais 110 milhões de doses. Esse quantitativo seria suficiente para imunizar a população vacinável no ano de 2022 com mais uma dose, caso a orientação do PNO seja direcionada neste sentido.

596. Na Tabela 4 do item 2.4, com dados até maio, consta o recebimento de 487.801.290 de doses no ano de 2021, com previsão de recebimento para 2022 de cerca de 280.256.349, dos quais foram recebidos até abril 88.373.260 de doses.

597. Especificamente em relação à vacinação infantil para menores de 5 a 11 anos, após a autorização emergencial da Anvisa para a vacina CoronaVac, foi feito levantamento junto aos estados e constatou-se que estes possuíam 6.480.549 de doses, as quais foram autorizadas sua utilização para o público infantil de mais de 6 anos. O Ministério da Saúde realizou o envio de 6.186.540 de doses deste imunizante, totalizando 11.218.149 de doses já disponíveis nos estados e Distrito Federal para utilização (peça 403).

598. Na Tabela 19, é feito o detalhamento da distribuição das vacinas pediátricas:

Tabela 19 - Vacinas para aplicação de menores de 5-11 anos

Doses garantidas para menores de 5-11 anos	
Contrato 281/2021 – Pfizer	22.000.000
Contrato 50/2022 – Butantan	10.000.000
Estoque do Ministério da Saúde	6.186.540
Estoque dos Estados	6.480.549
Total	**44.667.089**
Doses necessárias para menores de 5-11 anos	
Estimativa da população IBGE	20.476.555
D1	20.476.555
D2	20.476.555
Total	**40.953.110**

Fonte: Secovid/MS (adaptado, peça 403)

599. Diante da informação apresentada pela Secovid, o quantitativo de doses de vacinas para imunização de menores de 5 a 11 anos é suficiente para atender a demanda do esquema completo de duas doses no ano de 2022.

600. Em razão da importância estratégica da vacinação, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

7.2 – Vacinação infantil

601. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou por meio da Resolução RE 4.678, de 16 de dezembro de 2021, a ampliação do uso da vacina Pfizer/Comirnaty para aplicação em crianças de 5 a 11 anos e enviou ofício ao Ministério da Saúde, em 16 de dezembro, recomendando inclusão da vacina no Programa Nacional de Imunizações (PNI), ressaltando que cabe a este órgão ministerial a decisão quanto à conveniência e oportunidade para a adoção de tal medida (peças 400, p. 23, e 403).

602. Com a finalidade de discutir o tema da vacinação infantil, a Secovid realizou consulta pública entre os dias 23/12/2021 e 2/1/2022, bem como audiência pública com representantes da

administração, legislativo, sociedades científicas e sociedade civil no dia 4/1/2022, conforme Nota Informativa Secovid 2/2021 (peça 453).

603. Após a consulta e audiência pública, a Secovid emitiu a Nota Técnica 2/2022 estabelecendo as diretrizes para vacinação de crianças de 5 a 11 anos contra Covid-19 durante a Pandemia da Covid-19 (peça 416).

604. A Nota Técnica 2/2022 fundamenta-se em diversos estudos sobre vacinação infantil e estabelece premissas para operacionalização da vacinação, como, a não obrigatoriedade da vacina, estabelecimento de grupos prioritários, inclusão da vacina apenas no Plano Nacional de Operacional de vacinação contra Covid-19 (PNO), sem inserir no Plano Nacional de Imunização (PNI) e necessidade da presença dos pais ou responsáveis dando consentimento para aplicação.

605. Os grupos prioritários de crianças relacionados pela Nota Técnica Secovid 2/2022 foram:

a) crianças de 5 a 11 anos com deficiência permanente ou com comorbidades (art. 13, parágrafo 5º, da Lei 14.124, de 10/3/2021);

b) crianças indígenas (ADPF 709) e Quilombolas (ADPF 742);

c) crianças que vivam em lar com pessoas com alto risco para evolução grave de Covid-19; e

d) crianças sem comorbidades, na seguinte ordem sugerida:

- crianças entre 10 e 11anos;
- crianças entre 8 e 9 anos;
- crianças entre 6 e 7 anos;
- crianças com 5 anos.

606. Após a emissão da nota técnica e com a chegada e distribuição de 1,2 milhões de vacinas da Pfizer pediátricas, iniciou-se a vacinação infantil no dia 14/1/2022 (https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/01/17/inicio-da-vacinacao-de-criancas-contra-covid-19-repercute-entre-os-senadores-1#:~:text=A%20primeira%20remessa%20de%20vacinas,depende%20de%20autoriza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20pais.).

607. O Ministério da Saúde utilizou o critério populacional, proporcional ao quantitativo de crianças por unidade federativa para distribuição das vacinas pediátricas (peça 403).

608. A diferença entre a vacina adulta e a vacina pediátrica da Pfizer, indicada para a faixa etária entre 5 e 11 anos, é a cor do frasco e a dosagem. A farmacêutica envasou o conteúdo do imunizante pediátrico em um frasco de cor laranja, diferente da vacina aplicada em adultos, com ampola em cor roxa.

609. Além disso, a dose aplicada na população acima de 12 anos é composta de 30 microgramas, enquanto a dose pediátrica contém 10 microgramas do imunizante. Segundo a bula, outra diferença é que cada frasco da vacina adulta antes da diluição contém 0,45 ml, que podem ser convertidos em até seis doses da vacina, diferente da vacina pediátrica, que possui 1,3 ml do imunizante, o que pode corresponder a até 10 doses do imunizante por frasco.

610. Na Tabela abaixo, apresenta-se comparativo entre a vacina da Pfizer para o público de 5 a 11 anos e para maiores de 12 anos:

Tabela 20 - Comparativo entre a vacina da Pfizer adulto e pediátrica

Formulação	12 anos ou mais, diluir para usar	5 a 11 anos (ou seja, 5 a menos de 12 anos de idade), diluir para usar
Frasco	Frasco multidose	Frasco multidose
Cor da tampa do frasco	Roxa	Laranja
Dosagem	30 mcg	10 mcg
Doses por frasco	6 doses por frasco (após a diluição)	10 doses por frasco (após a diluição)
Diluição	Diluição necessária	Diluição necessária
Volume (antes da diluição)	0,45 ml	1,3 ml
Quantidade de diluente necessária por frasco	1,8 ml	1,3 ml
Volume de aplicação por dose (pós diluição)	0,3 ml	0,2 ml
Tempo de armazenamento em freezer de Ultra Baixa Temperatura - ULTF (de -90 °C a -60 °C)	9 meses (prazo de validade)	6 meses (prazo de validade)
Tempo de armazenamento em freezer (de -25 °C a -15 °C)	2 semanas dentro do prazo de validade de 9 meses	NÃO ARMAZENAR
Tempo de armazenamento em refrigerador (de 2 °C a 8 °C)	1 mês	10 semanas
Após a primeira aplicação ou Diluição (de 2 °C a 25 °C)	Descartar 6 horas após a diluição	Descartar 12 horas após a diluição
Tamanho da embalagem	195 frascos	10 frascos

Fonte: bula da vacina Pfizer, disponível em < https://www.pfizer.com.br/bulas/comirnaty >

611. O esquema vacinal não muda para a vacinação de crianças. Para estar completamente vacinada, a criança precisa receber duas doses do imunizante com intervalo de oito semanas entre elas, segundo a recomendação do Ministério da Saúde.

612. No dia 20/1/2022, a Anvisa aprovou a ampliação de uso da CoronaVac para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, sendo que a dose indicada desse imunizante para esse público é a mesma usada para adultos, com um intervalo de 28 dias entre a primeira e a segunda aplicação (peças 400, p. 25, e 430-433).

613. A Secovid emitiu a Nota Técnica 6, de 21/1/2022, por meio da qual autorizou a vacinação de crianças e adolescentes de 6 a 17 anos com a CoronaVac, desde que tais grupos não sejam imunocomprometidas, conforme orientado pela Anvisa, sendo não obrigatória e necessitando de presença dos pais ou responsáveis para consentimento (peça 419).

614. Em razão da existência de duas vacinas para uso pediátrico, CoronaVac e Pfizer, com procedimentos diferentes, a Anvisa baixou expediente para alertar aos profissionais de saúde sobre a diferença dos dois imunizantes (peça 443).

615. Registre-se que tramita no Tribunal nos autos do processo TC 000.444/2022-7, representação encaminhada pelo Ministério Público junto ao TCU (MP/TCU), por intermédio do Subprocurador-Geral Lucas Rocha Furtado, a respeito de possíveis irregularidades relacionadas a tentativas de obstrução da vacinação de crianças contra a Covid-19 no Brasil, por parte do Ministério da Saúde, encontrando-se o processo com proposta meritória.

616. Acerca da questão da vacina infantil, o Supremo Tribunal Federal acolheu parcialmente a tutela provisória incidental, conforme decisão do Ministro Ricardo Lewandowski, de 14/2/2022, na Decima Sexta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 754, manifestando-se na forma do excerto abaixo:

> a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais

compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes", esclarecendo, ainda, que (ii) "tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência"

617. O STF determinou ainda que fossem oficiados os "Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal de modo que, nos termos do art. 129, II, da Constituição Federal, e do art. 201, VIII e X, da Lei 8.069/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, para que empreendam as medidas necessárias para o cumprimento do disposto nos referidos preceitos normativos quanto à vacinação de menores contra a Covid-19 (peça 420).

618. Diante da decisão do STF, foi elaborada a Nota Técnica Secovid 10/2022, alinhando-se com a determinação prolatada, reproduzindo o excerto acima (peca 417).

619. O fato de a vacina Covid-19 infantil não estar inserida no PNI não muda em nada sua obrigatoriedade sem que represente vacinação forçada, cabendo, no caso de negativa dos pais ou responsáveis de assistir a criança com esse direito, sofrerem a responsabilização nos termos do que está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

> Art. 201. Compete ao Ministério Público:
>
> VIII - zelar pelo efetivo respeito aos **direitos e garantias legais assegurados às crianças e adolescentes, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais** cabíveis;
>
> X - representar ao juízo visando à aplicação de penalidade por infrações cometidas contra as normas de proteção à infância e à juventude, sem prejuízo da **promoção da responsabilidade civil e penal do infrator**, quando cabível; (**grifou-se**)

7.3 - Metas de vacinação

620. No PNO, 12ª edição de 1º/2/2022, consta estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, para o exercício de 2021 e ordenamento dos grupos prioritários (peça 421). Na Tabela 4 do Apêndice 7, é apresentada a estimativa populacional citada.

621. Na tabela do PNO, a população estimada para vacinação dos grupos prioritários totaliza 83.503.262 pessoas, a população geral adulta corresponde a 76.443.686 e de 40,4 milhões (crianças e adolescentes).

622. A Secovid informou que desde o início da campanha de vacinação contra a Covid-19, foram distribuídas 476.914.658 milhões de doses de vacina, estratégia que resultou na aplicação de quase 390 milhões de doses.

623. Em 2022, a expectativa é de entregar mais 354 milhões de doses para o PNO – Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 e que foi atingido percentual de 88,75% do público-alvo da vacinação contra a Covid-19 (população com 5 anos e mais) com pelo menos a primeira dose, bem como 77,23% da população com as duas doses até março de 2022 (peça 403).

624. O órgão acrescentou que o cenário atual de vacinação no país atingiu o patamar de envio de doses suficientes para contemplar 100% dos grupos prioritários e da população-alvo de 12 anos e mais com esquema vacinal completo; assim como 100% da dose adicional dos imunocomprometidas. Além disto, encontra-se em curso a vacinação com dose de reforço para toda a população acima de 18 anos, bem como a vacinação das crianças acima de 5 anos.

625. Considerando a segurança, eficácia, disponibilidade de vacinas e cenário epidemiológico, o Ministério da Saúde, por meio do PNO, atualizou as suas estratégias de imunização contra a Covid-19 recomendando doses de reforço com esquemas homólogos ou heterólogos na população em geral acima de 18 anos de idade no Brasil (peça 418).

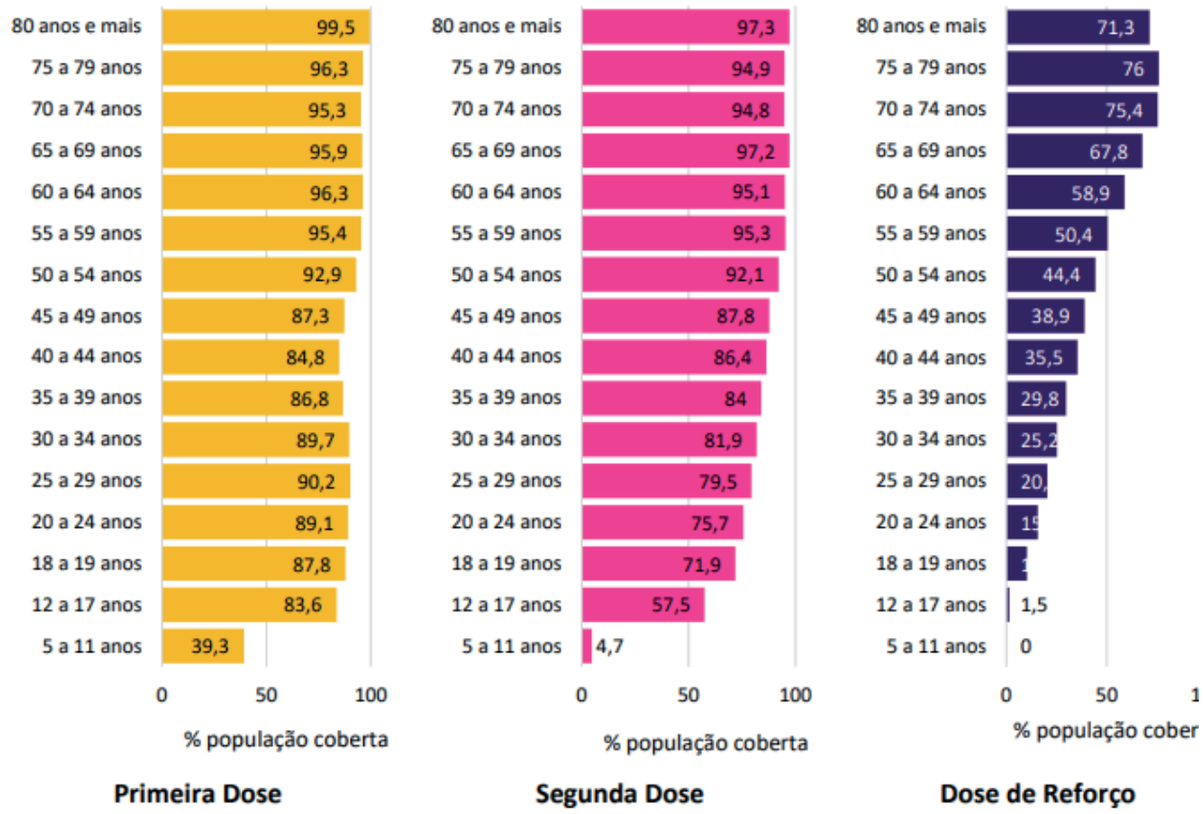
626. Cabe aqui destacar o esquema vacinal adotado pelo Ministério da Saúde, a partir de 18 de fevereiro de 2022, formalizado na Nota Técnica Secovid 11/2022 (peça 418). Considera-se como esquema completo de vacinação o indivíduo que completou o esquema D1+D2+REF ou D de Janssen + REF (após 2 meses). No Apêndice 8, apresentam-se os esquemas vacinais aprovados pelo Ministério da Saúde.

627. Em relação à dose de reforço, cabe mencionar as considerações da Secovid na Nota Técnica 11/2022 acerca da recomendação de dose de reforço (peça 418):

> 2.2. Com o avanço da vacinação para toda a população no Brasil, foi possível recomendar doses de reforço, inicialmente para grupos prioritários, e neste momento para todas as pessoas com 18 anos ou mais. Devido a redução da resposta imune às vacinas observadas em alguns estudos e a circulação de novas variantes em **um cenário onde ainda não atingimos coberturas vacinais ótimas**, o reforço ao esquema primário de vacinação se tornou necessário.
>
> 2.3. Estudos demonstram que a imunogenicidade de doses de reforço homólogos ou heterólogos com diversas vacinas contra a covid-19 foi adequada e superior a esquemas sem doses de reforço, independentemente de qual vacina foi recebida no esquema primário. Todas as vacinas que aumentaram a imunidade o fizeram em idosos e pessoas mais jovens; no entanto, foram marcantes as diferenças na resposta entre reforço com vacina de mRNA, dado que corrobora o observado em outros estudos. **Todas as vacinas do estudo aumentaram as respostas de anticorpos neutralizantes após o reforço e a frequência de eventos adversos foi semelhante ao esquema primário**. A decisão para escolha do imunizante mais adequado para o reforço, deve ser baseada em critérios imunológicos, efeitos colaterais, disponibilidade do imunizante no país e cenário epidemiológico. (**grifou-se**).

628. Se o indivíduo não receber a dose de reforço no período recomendado, ele poderá ser vacinado em momento oportuno. Não existe intervalo máximo para realizar a dose de reforço.

629. Estudo feito pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz, formalizado na Nota Técnica - Diferenciais de cobertura vacinal segundo grupos etários no Brasil (peça 429), considerando o período entre o início da vacinação no Brasil Semana Epidemiológica 3/2021 (iniciada em 17 de janeiro) e a Semana Epidemiológica 10 de 2022 (encerrada em 12 de março), demonstra, por faixa etária, a cobertura vacinal de primeira dose, segunda dose e dose de reforço, conforme quadro abaixo:



Quadro 3 - Vacinação por faixas etárias

Fonte: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/notatecnica_obscovid19_coberturavacinal.pdf. Dados obtidos na RNDS

630. Apesar de o estudo não ser formalizado de acordo com os grupos relacionados no PNO (Tabela 4 do Apêndice 3), demonstra-se a cobertura vacinal por faixas etárias de acordo com o esquema vacinal.

631. Considerando a meta do PNO de 90% da população vacinável, os dados demonstram que mais de 83,6% da população acima de 12 anos tomaram a primeira dose, com média total de 81,8%. Mais de 92,1% da população acima de 50 anos completaram o esquema vacinal com a segunda dose ou dose única (para quem foi vacinado com o imunizante da Janssen), alcançando a média total de 73,9%, e que nenhuma faixa etária atingiu o indicador de 90% com a dose de reforço.

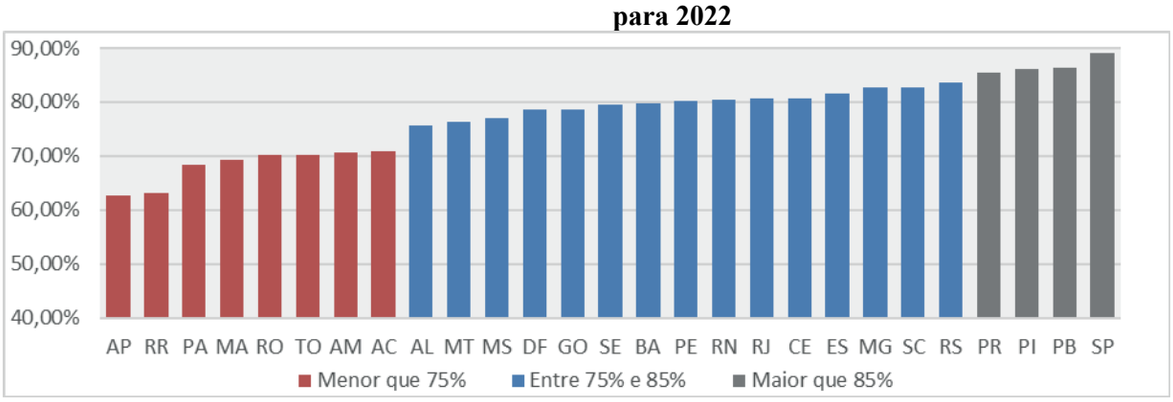
632. Outro dado demonstrado revela que, quanto menor a faixa etária, menor o atingimento das metas do PNO para qualquer esquema vacinal. Registre-se aqui a cobertura muito baixa de vacinação de crianças de 5 a 11 anos para D1 e D2, que atingiu 39,3% e 4,7%, respectivamente. A D2 na faixa etária de 12 a 17 anos também tem cobertura pequena (57,5%).

633. Ressalte-se que, por meio do item 9.12.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, houve determinação à SecexSaúde para que nos próximos ciclos de acompanhamento:

9.12.1. identifique, junto ao Ministério da Saúde, as ações de coordenação que efetivamente estão sendo adotadas para mitigar o descompasso observado entre os estados da Federação no que se refere às coberturas vacinais da população, bem como aquelas que serão adotadas no exercício de 2022 nesse sentido, bem como para que aquele Ministério informe as medidas que estão em andamento para a elaboração de um plano de vacinação contra covid-19 para o exercício de 2022, em que sejam consideradas, entre outras, as lições aprendidas com a elaboração e a execução do plano de vacinação relativo ao exercício de 2021;

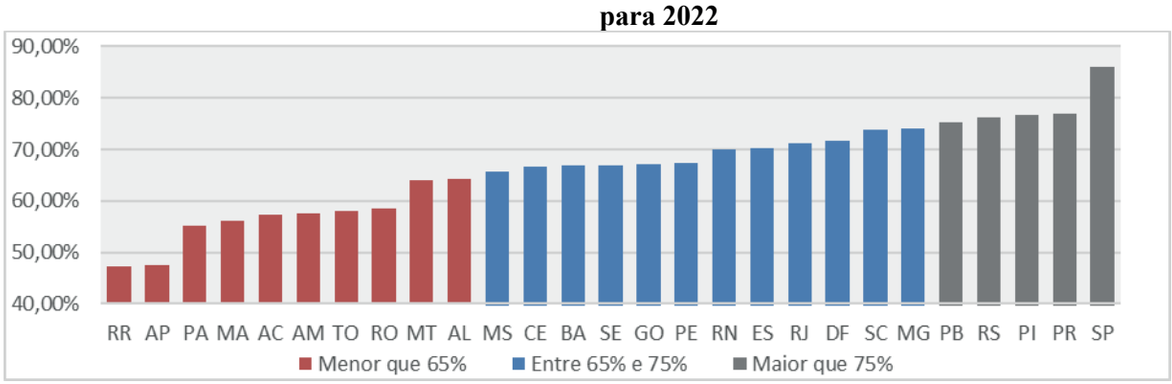
634. Nos gráficos abaixo, extraídos em 10/5/2022 do LocalizaSus, aba Vacinômetro, verifica-se disparidade em coberturas entre os estados da federação.

Gráfico 5 - Dose da Vacina para Covid-19 Aplicada em Relação a População Geral Projetada para 2022



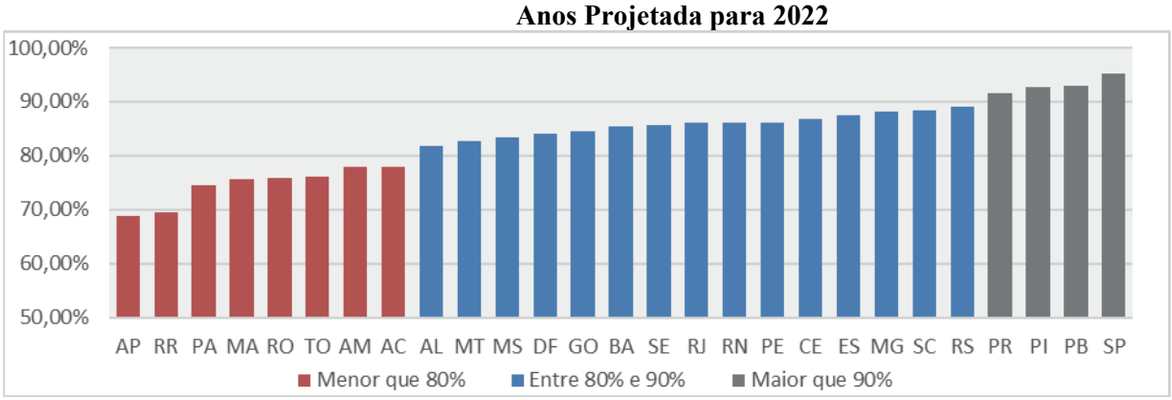
Fonte: LocalizaSUS e IBGE. Dados extraídos em 10/5/2022.

Gráfico 6 - Dose da Vacina para Covid-19 Aplicada em Relação a População Geral Projetada para 2022



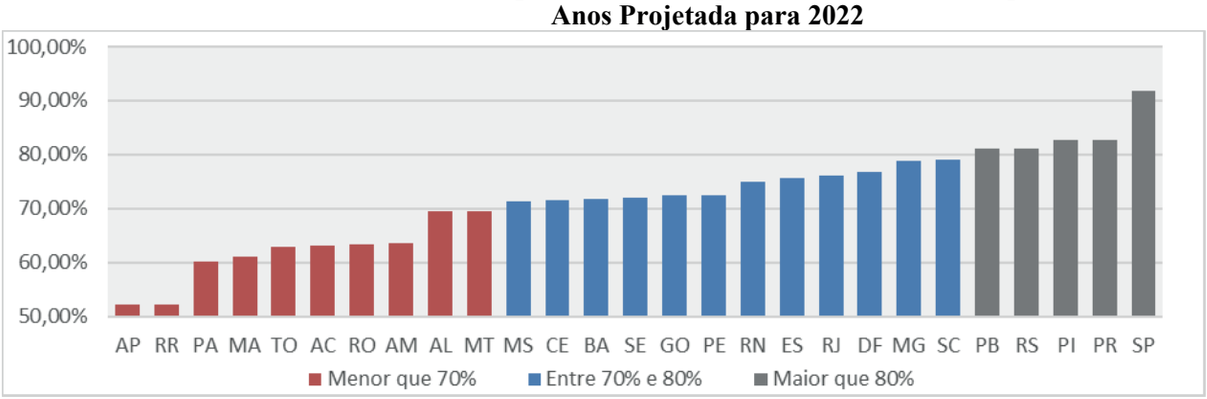
Fonte: LocalizaSUS e IBGE. Dados extraídos em 10/5/2022.

Gráfico 7 - Dose da Vacina para Covid-19 Aplicada em Relação a População a Partir de 5 Anos Projetada para 2022



Fonte: LocalizaSUS e IBGE. Dados extraídos em 10/5/2022.

Gráfico 8 - 2ª Dose da Vacina para Covid-19 Aplicada em Relação a População a Partir de 5 Anos Projetada para 2022



Fonte: LocalizaSUS e IBGE. Dados extraídos em 10/5/2022.

635. Constata-se que os estados da região Norte e Maranhão apresentam dados informados de cobertura menor na primeira dose, segunda dose e dose de reforço em relação aos demais estados da federação. Estes estados tendem a ter mais registros manuais, que podem não constar ainda no sistema nacional de vacinação. As melhores coberturas, nas três doses citadas, pertencem aos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Paraíba, Piauí e São Paulo.

636. Em reuniões com o Conasems, Conass, Observatório Covid-19 da Fiocruz e Ministério da

Saúde acerca do fato, foram apresentadas informações que justificam a diferença, considerando que não existe causa única para tal.

637. Inicialmente, a distribuição de vacinas, depois das negociações na CIT, é feita de forma proporcional à população e algumas unidades podem receber mais doses em razão de enfrentamento de elevação pontual de casos. Em princípio, considerando essa sistemática, todos os estados da federação deveriam ter a mesma evolução de cobertura vacinal.

638. Acontece que existem as idiossincrasias locais e regionais que não permitem uma evolução equivalente entre os entes subnacionais. As principais causas informadas para essas divergências de cobertura vacinal são:

a) características geográficas de cada estado, a exemplo da vacinação das populações ribeirinhas e do interior da Amazônia legal, que envolve logística de transporte diferenciada, com uso de aviões, barcos, canoas e caminhada para se chegar a certas comunidades;

b) sistemática inusitada de registro da vacinação: é a primeira vez que a vacinação é feita com identificação completa do paciente, sendo que em algumas salas de vacinação elabora-se planilha e posteriormente efetua-se o lançamento no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações/SI-PNI. Provavelmente existe um *delay* elevado entre salas que fazem o registro manual em relação àquelas que fazem registro direto no sistema;

c) existência de sistemas próprios de vacinação de alguns entes federativos: nas salas há o registro nesses sistemas próprios que podem ou não estar integrados com o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações/SI-PNI;

d) multiplicidade de imunizantes: utiliza-se quatro tipos de vacinas diferentes que apresentam logística diferente e necessitam de padrão diferenciado de organização das salas de vacinação para que não seja aplicada vacina de forma equivocada;

e) dificuldades de acesso à internet em salas no interior da Amazônia legal;

f) necessidade de campanhas nacionais de vacinação intensivas para orientar a população sobre os benefícios da vacinação e a relação benefício-risco;

g) estagnação do processo de vacinação: sendo informado que historicamente a vacinação estagna em determinado nível de cobertura, em razão de baixa demanda pela população; e

h) surgimento de doses de reforço e dose adicionais que acabam não sendo bem aceitas pela população acostumada com ciclos vacinais de dose única ou duas doses.

639. Essa relação de causas exemplificativas é responsável pela diferença de cobertura vacinal apresentada nos indicadores oficiais e nos levantados pelos veículos de imprensa.

640. Nesse sentido, quando se verifica no LocalizaSus, em pesquisa no dia 30/5/2022, e constata-se a informação de 176,9 milhões, 158,9 milhões e 85,5 milhões, de primeira dose, segunda dose e primeira dose de reforço, respectivamente, entende-se que são as vacinas aplicadas efetivamente informadas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações/SI-PNI, cujo número pode ser maior em razão das causas apontadas nas letras “b”, “c” e “e” do parágrafo 638 acima (vacinas aplicadas constando de registros manuais ou de sistemas próprios, ainda não enviadas informações para o SI-PNI).

641. Considerando essas informações e com o encerramento da Espin, as campanhas de comunicação para orientação da população são medidas necessárias para induzir os contingentes populacionais, que ainda não completaram o ciclo vacinal ou não tomaram o imunizante, a buscar a vacinação nas salas distribuídas por todo o país.

642. As demais causas podem ser mitigadas com o avanço do envio das informações (letras “a” a “e”).

643. Em relação à vacinação para o ano de 2022, o Ministério da Saúde contratou vacinas suficientes para vacinar toda a população vacinável com mais uma dose. Em razão de os imunizantes serem novos e os estudos ainda se desenvolverem após a vacinação, onde já houve alterações para aplicação de dose de reforço e dose adicional, antes não previstas, pois os esquemas vacinais eram duas doses para imunizantes Pfizer, CoronaVac e AstraZeneca, e uma dose para o

imunizante Janssen, não se tem definido ainda pelo Ministério da Saúde como será a vacinação em 2022, pois são aguardados os estudos recentes.

644. O que se tem definido é completar a vacinação para toda a população (ciclo completo), aplicar as doses de reforço para os imunocomprometidos (terceira e quarta doses), dose de reforço por faixas etárias (acima de 18 anos), e quarta dose para população com mais de cinquenta anos.

645. O cenário sugere uma intervenção estatal para esclarecimento populacional dos benefícios da vacinação para a população infantil, de modo a demonstrar a segurança e importância da imunização, bem como prestar outros esclarecimentos conforme proposto pela Anvisa, cabendo recomendação ao Ministério da Saúde para que insira no Plano de Comunicações da Covid-19, campanhas de educação a serem veiculadas em distintas mídias com esse objetivo. No processo TC 000.444/2022-7 consta proposta nesse sentido.

646. Ressalte-se que o Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.1, determinou ao Ministério da Saúde que, no prazo de quinze dias:

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

647. Na análise do item em monitoramento de determinações e recomendações (tópico 8), verificou-se que não foram informadas ações de comunicação institucional para 2022, sendo apresentadas intervenções nos anos de 2020 e primeiro semestre de 2021, havendo proposta de considerar parcialmente atendidas as determinações. Sugere-se a continuidade do acompanhamento dessa temática no ciclo vindouro.

648. Cabe mencionar que o não atingimento de metas de vacinação associado a quantidade de imunizantes adquiridos pode ensejar a perda de vacinas por expiração de seu prazo de validade, conforme está sendo apurado pelo Tribunal no processo TC 038.216/2021-3, uma vez que 26.154.130 doses de vacinas podem ter validade expirada até agosto de 2022 (peça 596), mesmo com a extensão de prazo de validade já concedido pela Anvisa (peças 597-598).

7.4 -Acompanhamento do cronograma de disponibilização dos imunizantes contratados

649. O Ministério da Saúde celebrou dez contratos para aquisição de vacinas para o enfrentamento da Covid-19, sendo nove contratos firmados em 2021 e um celebrado em 2022. Em todos os contratos, ficou caracterizada a entrega parcelada de doses, considerando a elevada demanda mundial por imunizantes e a capacidade limitada de produção dos laboratórios produtores. O Contrato 29/2021, para a aquisição do imunizante *Covaxin*, foi rescindido em 27/8/2021 e o Contrato 42/2021, firmado com a União Química Farmacêutica, para aquisição da vacina *Sputnik* V, foi rescindido em 14/12/2021. Informa-se que, conquanto tenha sido rescindido, o contrato relativo à vacina Covaxin é objeto da Representação TC 006.789/2021-8, ainda pendente de apreciação de mérito pelo Tribunal.

650. A tabela abaixo apresenta um resumo do cumprimento dos cronogramas definidos contratualmente para cada imunizante:

Tabela 21 - Contratos de imunizantes para Covid-19

Fornecedor	Contratos	Atrasos no cronograma contratado
Butantan	5/2021	Sim
Butantan	14/2021	Sim
Butantan	50/2022	Não
Fiocruz-AstraZeneca	Etec	Sim

Janssen1	51/2021	Sim
Pfizer1	52/2021	Sim
Pfizer1	117/2021	Sim
Pfizer1	281/2021	Não

Fonte: contratos de aquisição de vacina.

651. Os Contratos 5/2021 e 12/2021 celebrados entre o Ministério da Saúde e o Instituto Butantan, para aquisição de 100 milhões de doses de vacina CoronaVac, para entrega em 2021, foram cumpridos, apesar da ocorrência de atrasos pontuais nas estimativas previstas. Na tabela abaixo, apresenta-se o cronograma de entrega:

Tabela 22 - Cronograma de entrega dos Contratos 5/2021 e 14/2021

Mês	Previsão Contrato 5/2021	Previsão Contrato 14/2021	Total Previsto	Quantidades entregues	Diferença Acumulada
Janeiro	8.700.000	-	8.700.000	8.702.348	2.348
Fevereiro	9.305.000	-	9.305.000	4.853.000	-4.449.652
Março	18.065.000	-	18.065.000	22.758.970	244.318
Abril	9.930.000	6.032.258	15.962.258	5.800.000	-9.917.940
Maio	-	6.032.258	6.032.258	5.116.010	-10.834.188
Junho	-	6.032.258	6.032.258	5.000.000	-11.866.446
Julho	-	13.548.387	13.548.387	10.654.000	-14.760.833
Agosto	-	13.548.387	13.548.387	30.000.020	1.690.800
Setembro	-	8.806.452	8.806.452	7.115.652	0
Total	**46.000.000**	**54.000.000**	**100.000.000**	**100.000.000**	

Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos dos Contratos 5/2021 e 14/2021 e https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/entregas-de-vacinas-covid-19

652. O Contrato 50/2022, celebrado também junto ao Instituto Butantan, para aquisição de vacinas para uso na campanha de vacinação de crianças e adolescentes (6 a 17 anos), teve entrega total de 10 milhões de doses no mês de fevereiro de 2022.

653. O Contrato de Encomenda Tecnológica para a produção da vacina da AstraZeneca a partir de IFA importado da China não prevê um cronograma para entrega dos imunizantes prontos ao Ministério da Saúde. O cronograma pactuado no contrato entre a Fiocruz e a AstraZeneca apresenta previsão para entrega do IFA à Fiocruz para posterior produção do imunizante acabado.

654. Apesar da ocorrência de um atraso inicial na entrega do insumo, a AstraZeneca conseguiu regularizar o fornecimento do IFA até o mês de julho de 2021, quando voltou a apresentar dificuldades na entrega do último lote. Apesar dos atrasos, a quase totalidade dos imunizantes previstos no Contrato de Etec foram produzidos e entregues ao Ministério da Saúde, conforme tabela abaixo:

Tabela 23 - Cronograma de entrega da Vacina de Oxford/AstraZeneca – ano 2021

Mês	Quantidades entregues	Observações
Janeiro	2.000.000	Vacina pronta importada da Índia – Laboratório Serum
Fevereiro	1.999.600	Vacina pronta importada da Índia – Laboratório Serum
Março	2.822.000	Produção nacional com IFA importado

Abril	19.186.750	Produção nacional com IFA importado
Maio	21.677.750	Produção nacional com IFA importado
Junho	18.258.000	Produção nacional com IFA importado
Julho	14.504.000	Produção nacional com IFA importado
Agosto	11.517.760	Produção nacional com IFA importado
Setembro	15.339.750	Produção nacional com IFA importado
Outubro	13.662.250	Produção nacional com IFA importado
Novembro	23.251.250	Produção nacional com IFA importado
Dezembro	8.968.750	Produção nacional com IFA importado
Total	**153.187.860**	

Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/entregas-de-vacinas-covid-19

655. No caso da Vacina da Janssen, foram entregues todas as vacinas contratadas relativas ao Contrato 51/2021, concentrando-se a entrega nos meses de novembro e dezembro de 2021, com a empresa finalizando a entrega somente em janeiro de 2022. Consta ainda recebimento de três milhões de doses de vacina a título de doação. A tabela abaixo apresenta os dados das entregas.

Tabela 24 - Cronograma de entrega da Vacina Janssen

Mês	Quantidades entregues	Quantidades previstas	Observações
Junho	1.801.550		Recebida 3.000.000 como doação
Novembro	2.136.150		
Dezembro	28.062.400	34.062.300	
Janeiro	5.999.900		
Total	**38.000.000**		

Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/entregas-de-vacinas-covid-19

656. No âmbito do Contrato 52/2021, firmado com a *Pfizer*, houve estimativa de entrega de 13.518.180 doses para o segundo trimestre de 2021, e o restante das 86.482.890 doses para o 3º trimestre. O Contrato 117/2021 previu a entrega de 99.999.900 doses para o 4º trimestre de 2021. A empresa entregou 183.513.330 doses de vacinas no exercício de 2021 e o restante nos meses de janeiro e fevereiro deste ano.

657. O risco de atrasos, seja na entrega, seja na produção de imunizantes, foram situações recorrentes desde o início da vacinação, situação que foi realidade no Brasil e em outros países, em razão da elevada demanda mundial por vacinas e a produção insuficiente pelas limitações dos parques industriais para processar, produzir e distribuir imunizantes em nível global, em curtos espaços de tempo.

658. Com o avanço da vacinação e a formação de estoques mínimos, associada a melhoria na capacidade produtiva das farmacêuticas, o risco de falta de vacinas para a campanha de vacinação foi sendo mitigado.

7.5 – Produção de vacina da AstraZeneca com IFA nacional

659. A alteração no registro da vacina Covid-19 recebeu parecer favorável da Anvisa, por meio da Resolução-RE 35, de 6 de janeiro de 2022, publicada no DOU em 7/1/2022, incluindo a Fiocruz como produtora do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) nacional.

660. Com a transferência de tecnologia da farmacêutica AstraZeneca e o deferimento de alteração de registro concedido pela Anvisa, a Fiocruz passou a ser a primeira instituição do país habilitada a produzir e distribuir vacina 100% nacional contra a Covid-19.

661. A produção do IFA nacional teve início em julho de 2021 passando o insumo por controle interno de Bio-Manguinhos, e em outubro de 2021, foi submetido a etapas de controle de qualidade externo, passando por testes de comparabilidade entre os IFAs estrangeiro e nacional, a fim de garantir os mesmos padrões do produto original.

662. As primeiras doses da vacina 100% nacional da Fundação Oswaldo Cruz contra a Covid-19 foram entregues ao Ministério da Saúde em 22/2/2022, em volume de mais de 550 mil doses.

663. Para o ano de 2022, o Governo Federal encomendou cerca de 105 milhões de doses da Fiocruz, sendo que dessas, 45 milhões serão produzidas com o IFA nacional e as outras 60 milhões com IFA importado (peças 454 e 523-527).

664. A produção de vacina nacional foi uma opção do governo brasileiro, quando, no ano de 2020, celebrou o contrato de encomenda tecnológica com a Universidade de Oxford e a farmacêutica AstraZeneca, iniciando-se, no primeiro semestre daquele ano, os estudos para desenvolvimento e produção de vacina contra a Covid-19 em vários países do mundo.

665. A busca da autossuficiência na produção de vacinas para imunização dos nacionais e até para a exportação envolve relevância estratégica, considerando o domínio do processo tecnológico, dos valores envolvidos e da importância socioeconômica dos resultados obtidos pela vacinação, que permite a retomada das atividades produtivas, geração de emprego e renda, associado ao controle epidemiológico e à diminuição da pressão na rede de saúde.

666. Em razão da importância estratégica da produção da vacina nacional, foi proposta recomendação ao Ministério da Saúde que elabore normativo acerca das ações de saúde que continuarão sendo adotadas com o encerramento da Espin, nos termos do item 3.1.1 deste relatório.

7.6 - TC 016.191/2021-8 Representação sobre possível omissão do Governo Federal na aquisição de vacinas

667. O Tribunal, por meio do Acórdão 1.808/2021 - TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo, em sessão de 28/7/2021, conheceu e determinou o apensamento aos presentes autos de representação formulada no processo TC 016.191/2021-8 pelo Ministério Público de Contas junto ao TCU acerca de possível omissão do Governo Federal ao deixar de adquirir, em 2020, vacinas oferecidas pela empresa farmacêutica Pfizer, por preços menores do que os praticados pela referida empresa em negociações com outros países, que teria acarretado o atraso da vacinação no país.

668. A representação, suportada por notícias da imprensa, aponta como possíveis irregularidades a omissão do governo brasileiro em não adquirir 70 milhões de doses de vacina oferecidas pela Pfizer, em 2020, por preços menores que os praticados nos Estados Unidos, Reino Unido e União Europeia, e o atraso no início da vacinação decorrente da não aceitação da proposta da farmacêutica.

669. A análise meritória foi realizada no Apêndice 9, entendendo-se que a falta de resposta às tratativas da Pfizer acabou não afetando a questão do preço contratado e do início da vacinação, considerando-se **improcedente a representação**, cabendo proposta de comunicação ao representante.

7.7 - TC 012.390/2021-6: Denúncia sobre possíveis irregularidades na alocação de recursos para aquisição de vacinas

670. O Tribunal, por meio do Acórdão 258/2022 - TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, em sessão de 9/2/2022, conheceu e determinou o apensamento aos presentes autos de denúncia formulada no processo TC 012.390/2021-6 acerca de:

a) a insuficiente e tardia alocação orçamentária para a aquisição de vacina no ano de 2020, e seu necessário planejamento;

b) a falta de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da Covid-19, tanto no âmbito da ação orçamentária correspondente, cujo nome técnico é "Ação 21C0 - enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus", quanto para a compra de vacinas; e

c) o ritmo lento e insuficiente de execução orçamentária no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, ao longo do exercício financeiro de 2020.

671. A análise meritória foi realizada no Apêndice 9, entendendo-se que a denúncia é **procedente** relativa ao tópico falta de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da Covid-19 e compra de vacinas, e **improcedente** em relação à insuficiente e tardia alocação orçamentária para a aquisição de vacinas no ano de 2020, e seu necessário planejamento e ritmo lento e insuficiente de execução orçamentária no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, ao longo do exercício financeiro de 2020.

672. Sugere-se encaminhar ao denunciante o Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego, bem como a deliberação deste sétimo ciclo, informando-lhe que Relatório e Voto estão disponíveis em www.tcu.gov.br/acordaos.

7.8 - TC 021.894/2021-3: denúncia de irregularidades relativas à publicidade das informações da Espin

673. O processo TC 021.894/2021-3 versa sobre denúncia de irregularidades relativas à publicidade das informações atinentes à pandemia da Covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde.

674. O documento inicial ingressou como representação, porém foi admitido pelo Tribunal como denúncia, por meio do Acórdão 2.207/2021 - TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego, que determinou o apensamento do feito ao TC 015.125/2021-1 e apuração dos fatos.

675. Em síntese, o denunciante apresentou os seguintes fatos como possíveis irregularidades:

a) instabilidades e divulgação parcial de dados no Painel Coronavírus Brasil;

b) indisponibilidade das variáveis "raça/cor" e "área censitária", em bases de dados abertos, dos sistemas e-SUS VE Notifica e Sivep-Gripe, disponíveis na plataforma *on-line* o*penData*SUS;

c) desatualização do painel de visualização de informações e indisponibilidade de dados em formato aberto oriundos do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);

d) desatualização, por até dois meses, dos painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

e) atraso na divulgação e defasagem de dados de Boletins Epidemiológicos;

f) demora na publicação e desatualização dos dados abertos oriundos do Censo Hospitalar sobre disponibilidade de leitos; e

g) redução da frequência e da qualidade das interações com a imprensa por meio de entrevistas coletivas sobre a pandemia e as ações do Ministério da Saúde a respeito da crise.

676. A análise das informações prestadas pelo Ministério da Saúde consta do Apêndice 9, concluindo-se que a denúncia é **procedente** relativa aos tópicos instabilidade e divulgação parcial de dados no Painel Coronavírus Brasil, indisponibilidade das variáveis "raça/cor", desatualização do painel de visualização de informações e indisponibilidade de dados em formato aberto oriundos do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, desatualização, por até dois meses, dos painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual, atraso na divulgação e defasagem de dados de Boletins Epidemiológicos. Não obstante a procedência propugnada, entende-se não haver elementos suficientes para proposição de responsabilização de agentes, considerando que o órgão buscou aprimorar os sistemas e mitigar os atrasos das informações, bem como não se vislumbrou a ocorrência de dolo ou erro grosseiro.

677. Ainda, considerou-se **improcedente** a denúncia no ponto redução da frequência e da qualidade das interações com a imprensa por meio de entrevistas coletivas e **insubsistente** no tópico indisponibilidade da variável "área censitária".

678. Os tópicos da denúncia considerados **procedentes** tiveram medidas saneadoras adotadas pelo Ministério da Saúde ao longo desse período de pandemia, todavia, nas ocorrências de atrasos e desatualização de informações, cabe a proposição de medidas à unidade jurisdicionada, quais sejam: dar ciência da ocorrência à pasta e recomendação, conforme excerto do Apêndice 9:

d) dar ciência ao Ministério da Saúde acerca do atraso na divulgação do Censo Hospitalar ocorrida no ano de 2020, cuja disponibilização dos dados abertos só ocorreu em outubro daquele ano, inobservando o que dispõe os artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS 758/2020.

e) recomendar ao Ministério da Saúde que:

e1) mantenha o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) atualizado e busque alternativas para evitar atrasos na alimentação de seus dados juntos aos entes subnacionais;

e2) mantenha os painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) atualizados;

e3) mantenha atualizada a periodicidade de divulgação dos boletins epidemiológicos.

679. O Ministério da Saúde não apresentou comentários do gestor a esse respeito, razão por que se mantem a proposta nos termos que inicialmente foi apresentada.

680. Diante do exposto, propõe-se que a deliberação adotada pelo Tribunal seja encaminhada ao denunciante, informando-lhe que Relatório e Voto estão disponíveis em www.tcu.gov.br/acordaos.

7.9. TC 045.433/2021-6: Solicitação do Congresso Nacional

681. Trata-se de Solicitação do Congresso Nacional (SCN) formulada pelo Ofício 78/2021/CFFCP, de 2/6/2021, por meio do qual o Exmo. Deputado Federal Aureo Ribeiro, Presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, encaminhou o Requerimento 64/2021, de 2/6/2021, da autoria desse parlamentar, no qual requer auditoria com o objetivo de acompanhar as ações a serem empreendidas pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia causada pela Covid-19.

682. O Tribunal deliberou na forma do Acórdão 338/2022 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego, acolhendo a proposta:

9.1. conhecer da presente Solicitação do Congresso Nacional, por preencher os requisitos de admissibilidade previstos no art. 38, inciso I, da Lei 8.443/1992, no art. 232, inciso III, do RI/TCU, e no art. 4º, inciso I, alínea "b", da Resolução TCU 215/2008;

9.2. informar ao Presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados que, em relação ao objeto da Solicitação de Auditoria – Requerimento 64/2021, encaminhada a este Tribunal por intermédio do Ofício 78/2021/CFFC-P, de 2/6/2021:

9.2.1. desde o início da presente pandemia, este Tribunal tem acompanhado as ações de todos os órgãos jurisdicionados que estão atuando emergencialmente no combate ao novo coronavírus, causador da Covid-19, conforme Plano Especial de Acompanhamento das Ações de Combate à Covid-19;

9.2.2. em março de 2020, este Tribunal iniciou fiscalização, na modalidade acompanhamento, com o objetivo de avaliar a estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde para o combate à crise gerada pela Covid-19 e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo Ministério e órgãos e entidades a ele vinculados, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade, no âmbito dos processos TC 014.575/2020-5 (da relatoria do Ministro Benjamin Zymler) e, posteriormente, TC 015.125/2021-1 (da relatoria do Ministro Vital do Rêgo);

9.2.3. até dezembro de 2021 foram realizados seis ciclos desse acompanhamento, os quais

foram apreciados pelos Acórdãos 1.335/2020, 1.888/2020, 2.817/2020, 4.049/2020, 1.873/2021, todos do Plenário deste Tribunal e da relatoria do Ministro Benjamin Zymler, e Acórdão 2.878/2021-TCUPlenário, da relatoria do Ministro Vital do Rêgo;

9.2.4. as fichas síntese dos cinco primeiros ciclos dessa fiscalização estão disponíveis em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/CF/90/03/75/8A4FB710C74E7EB7E18818A8/16.09.21%20-%20Fichas%20SecexSaude_Coopera%20-%20DG.pdf;

9.2.5. os resultados dos futuros ciclos de fiscalização realizados no âmbito do TC 015.125/2021-1 serão enviados à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados;

9.3. considerar a solicitação integralmente atendida e arquivar o presente processo, nos termos do art. 169, inciso II, do Regimento Interno do TCU e do art. 17, inciso II, da Resolução TCU

215/2008;

9.4. notificar a autoridade solicitante da presente decisão, na forma prevista no art. 19 da Resolução TCU 215/2008;

9.5. anexar a presente decisão como peças do TC 015.125/2021-1

683. Considerando o que estabelece o item 9.2.5 desta deliberação, propõe-se o envio do acórdão que vier a ser exarado acerca do sétimo ciclo desta fiscalização, acompanhado de relatório e voto, à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados.

7.10 - Medicamentos autorizados para uso contra Covid-19

684. A equipe de auditoria solicitou da Anvisa que informasse acerca de medicamentos autorizados ou com pedidos de autorização para utilização no tratamento da Covid-19.

685. A Anvisa prestou informações nos termos da Nota Técnica 67/2022/SEI/GGMED/DIRE2/ANVISA constante na peça 400, p. 23-25. Nesse relatório, não foi avaliada a incorporação ou não desses medicamentos nos protocolos de saúde do Ministério da Saúde para tratamento da doença e custos envolvidos.

686. Foi informado pela Anvisa os medicamentos sintéticos que tiveram registro concedido para tratamento da Covid-19, conforme segue:

a) medicamento Veklury, princípio ativo Rendesivir: pedido de registro do medicamento para tratamento da doença causada pelo Coronavírus de 2019 em adultos e adolescentes (com idade igual ou superior a 12 anos e com peso corporal de pelo menos 40 kg) com pneumonia que requerem administração suplementar de oxigênio (oxigênio de baixo ou alto fluxo, ou outra ventilação não invasiva no início do tratamento). Pedido deferido pela Resolução 1.074 de 12/03/2021;

b) medicamento Olumiant, princípio ativo Baracitinibe: pedido de inclusão de nova indicação para o tratamento da Covid-19 em pacientes adultos hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva. Pedido deferido pela Resolução 3.584 de 17/9/2021;

c) medicamento Lagevrio, princípio ativo Molnupiravir: pedido de autorização de uso Emergencial (AUE) para o tratamento de Covid-19 leve e moderada em adultos. Pedido deferido em 4/5/2022 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-aprova-uso-emergencial-do-medicamento-molnupiravir-para-covid-19);

d) medicamento Paxlovid, princípio ativo Nirmatrelvir + Ritonavir: Pedido de Autorização de uso Emergencial (AUE) para o tratamento da Covid-19 em adultos que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para Covid-19 grave. Aprovado em 30/3/2022 (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-aprova-uso-emergencial-do-medicamento-paxlovid-para-covid-19#:~:text=A%20Diretoria%20Colegiada%20(Dicol)%20da,P%C3%BAblica%20da%20Dicol%20de%202022.).

687. Não foram aprovados registros dos seguintes medicamentos:

a) medicamento Avifavir, princípio ativo Favipiravir; e

b) medicamento Xarelto, princípio ativo Rivaroxabana.

688. O medicamento Xeljan, princípio ativo Tofacitinibe teve ingresso de pedido de autorização de uso emergencial pela farmacêutica e posterirormente houve desistência do pedido por parte da empresa, de forma que a análise foi interrompida sem que fosse emitido um parecer final.

689. Estão em análise os pedidos dos seguintes medicamentos:

a) Decadron, princípio ativo Dexametasona: pedido de inclusão de nova indicação para o tratamento de condições nas quais os efeitos anti-inflamatórios dos corticosteroides são desejados, especialmente para tratamento intensivo durante períodos mais curtos; e

b) Veklury, princípio ativo Rendesivir: pedido de inclusão de nova indicação para o tratamento de

adultos que não necessitam de oxigênio suplementar e que estão correndo risco elevado de progredir para Covid-19 severa.

690. Os medicamentos biológicos aprovados para uso emergência foram:

a) Casirivimabe e imdevimabe (Regen-Cov): pedido para quadros leves e moderados da doença, em adultos e pacientes pediátricos (12 anos ou mais) com infeção por Sars-CoV-2 confirmada por laboratório, e que possuem alto risco de progredir para formas graves da doença. Pedido deferido em 20/4/2021;

b) Banlanivimabe mais Etesevimabe: pedido para formas leve e moderada, em adultos e crianças com 12 anos ou mais e que pesem pelo menos 40 quilos. Autorização de uso emergencial concedida em 13/5/2021 e revogada em 4/2/2022;

c) Sotrovimabe: pedido para o tratamento de Covid-19 leve a moderada em pacientes adultos e adolescentes com 12 anos ou mais e que pesem pelo menos 40 kg e que estão em risco de progressão para o estágio grave da doença. Aprovado para uso emergencial em 8/9/2021;

d) Regdanvimabe (Regkirona): pedido para tratamento de Covid-19 leve a moderada em pacientes adultos que não necessitam de suplementação de oxigênio, com infecção por Sars- CoV-2 confirmada por laboratório e que apresentam alto risco de progressão para a doença em sua forma mais grave. Aprovado para uso emergencial 11/8/2021; e

e) Tixagevimabe + Cilgavimabe (Evusheld): pedido para profilaxia antes da exposição à Covid-19, em indivíduos adultos e pediátricos (com 12 anos de idade ou mais, pesando pelo menos 40 kg). Aprovado para uso emergencial em 24/2/2022.

691. Na Nota Técnica 26/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que propôs o encerramento da Espin, consta informação sobre a possível incorporação dos medicamentos Olumiant, princípio ativo Baracitinibe, e Paxlovid, princípio ativo Nirmatrelvir + Ritonavir sugerida pela Conitec para tratamento da Covid-19 (peça 514, p. 8-9).

8 - MONITORAMENTO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

692. Acerca do monitoramento das deliberações emitidas nos ciclos anteriores, o Ministério da Saúde apresentou informações sobre as providências adotadas, após ser instado pelo Ofício de Requisição 32/2022 (peça 323).

693. O Ministério da Saúde solicitou prorrogação de prazo, sendo deferido pela equipe de auditoria. O DEAEX/AGU apresentou as informações acerca das providências adotadas (peças 351-352), as quais se passam a analisar, de acordo com o critério cronológico dos acórdãos.

694. O Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, item 9.1.3, fez a seguinte determinação:

> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde que:
>
> 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;

695. O GEI-ESPII é composto por órgãos e entidades da administração pública federal envolvidos, no seu campo de competência, para atuar diante de emergências públicas, conforme disposto no art. 3º do decreto de criação, a saber: Ministério da Saúde, que o coordenará; Casa Civil da Presidência da República; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Defesa; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Desenvolvimento Regional; Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

696. Por ocasião da determinação do Tribunal, a governança ministerial para o enfrentamento da pandemia estava se estruturando e se adaptando às peculiaridades da Covid-19, necessitando de resolutividade para atender aos problemas de saúde pública enfrentados, e a atuação dos órgãos criados deveria ser clara e coordenada para evitar duplicidade de esforços para cumprimento dessa missão.

697. No sexto relatório, o Ministério da Saúde apresentou resposta informando que o GEI-ESPII foi extinto pelo Decreto 9.759/2019 e reinstituído, em 30 em janeiro de 2020, por meio do Decreto 10.211/2020.

698. O órgão informou que o entendimento da alta gestão federal foi no sentido de estabelecer colegiados mais amplos para o enfrentamento da pandemia, como: o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, pelo Decreto 10.277, de 16 de março de 2020, órgão de articulação da ação governamental e de assessoramento ao Presidente da República sobre a consciência situacional em questões decorrentes da pandemia da Covid-19; o Centro de Coordenação de Operações da Covid-19, pelo Decreto 10.289, de 24 de março de 2020, criado no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 para coordenar as operações do Governo Federal; e o Comitê de Crise da Covid-19, pela Portaria 3.190, de 26 de novembro de 2020, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

699. Salientou ainda que o GEI-ESPII foi instituído para dar conta de emergências em saúde pública, não apenas à emergência decorrente do Coronavírus, entendendo-se não haver necessidade de adaptação do funcionamento desse colegiado aos normativos de regência do Ministério da Saúde, de modo a revogar o Decreto 10.211/2020 ou mesmo alterar as competências do colegiado.

700. O Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler, que fundamentou a determinação do item 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, questionava o não funcionamento do GEI-ESPII, segundo sua norma de regência, e a atuação coordenada com o Gabinete de Crise da Casa Civil.

701. Assim, a conclusão no relatório de acompanhamento do sexto ciclo foi no sentido de que houve erro interpretativo, escusável, acerca do dever de normatizar internamente a atuação do GEI-ESPII, quando, repita-se, a deliberação do Tribunal determinava o seu funcionamento.

702. Foi proposta a continuidade do monitoramento.

703. Por meio do Ofício de Requisição 32/2022 (peça 323), foi solicitado do Ministério da Saúde informações acerca da determinação. A Consultoria Geral da União, que representa extrajudicialmente o órgão ministerial, solicitou prorrogação de prazo, sendo deferido o pleito (peças 342 e 344).

704. Passado o prazo para apresentação da resposta, o Ministério da Saúde não prestou informação, limitando-se a informar que a atribuição compete à SVS (peças 351-352).

705. Considerando que não houve manifestação quanto ao funcionamento do órgão colegiado, o relatório preliminar foi encaminhado para comentários do gestor com indicativo de **descumprimento da determinação do Tribunal,** que pode ensejar na aplicação de multa aos dirigentes da pasta ministerial.

706. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Conjur do Ministério da Saúde apresentaram manifestações (peças 569 e 570), sendo analisadas no Apêndice 13.

707. Em síntese, por meio da Nota 3/2022, a SVS trouxe novamente o histórico de criação do GEI-ESPII e acrescentou que o Governo Federal optou para que a coordenação das ações envolvendo o enfrentamento da pandemia fosse realizada pela Casa Civil por meio do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, dentro do aspecto discricionário do gestor e que não se fez necessário a revogação do decreto de criação do GEI-ESPII em razão de o referido comitê poder atuar em outras emergências públicas.

708. Verificou-se que a materialização fática da opção acima foi a não realização de nenhuma reunião do GEI-ESPII para tratar de temas ligados ao enfrentamento da pandemia, cuja coordenação acabou sendo realizada pela Casa Civil por meio do Comitê de Crise para Supervisao e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 e de ações executórias do Ministério da Saúde.

709. Passados mais de dois anos de pandemia, sem que o órgão viesse atuar, com o encerramento da Espin, e ainda com a informação da opção do Governo Federal em atuar na coordenação do enfrentamento da pandemia por meio do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos

Impactos da Covid-19 da Casa Civil, entende-se que houve **perda de objeto** da determinação do item 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário.

710. O Acórdão 2.817/2020 - TCU – Plenário, item 9.1.4, fez a seguinte determinação:

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

711. O Ministério da Saúde informou que realiza publicação de todos os contratos de aquisição de insumos estratégicos para a saúde no portal do Ministério da Saúde, por meio do *link* https://www.gov.br/saude/ptbr/acesso-a-informacao/licitacoes-econtratos/coronavirus e acrescentou que as publicações são realizadas e constantemente atualizadas no Portal da Saúde https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-ainformacao/licitacoes-e-contratos (peça 352, p. 11).

712. O art. 4º, § 2º, *caput*,*1*da Lei 13.979/2020, alterado pela Lei 14.035/2020, indica que as seguintes informações devem ser disponibilizadas como meios de transparência:

> I – o ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato;
>
> II – a discriminação do bem adquirido ou do serviço contratado e o local de entrega ou de prestação;
>
> III – o valor global do contrato, as parcelas do objeto, os montantes pagos e o saldo disponível ou bloqueado, caso exista;
>
> IV – as informações sobre eventuais aditivos contratuais;
>
> V – a quantidade entregue em cada unidade da Federação durante a execução do contrato, nas contratações de bens e serviços.
>
> VI - as atas de registros de preços das quais a contratação se origine.

713. Acessando-se o *link* https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/coronavirus, verifica-se que constam informações sobre pregão, com disponibilização de edital, termo de referência, ata de registro de preços, minuta de empenho, dispensa de licitação com extrato da dispensa e contrato, contratos de bens e serviços administrativos, contratos do Dlog e contratos Coronavírus, com disponibilização integral do termo de contrato.

714. No Portal do LocalizaSus (disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas/localizasus), consta informação da distribuição de produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde para os entes subnacionais.

715. Então, foram verificadas melhorias na transparência das informações, uma vez que não consta mais apenas tabela com os contratos assinados pelo Ministério da Saúde, com o respectivo valor total, fornecedora, número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, número do contrato, prazo de validade e o número do processo no SEI. Agora também passou a ser possível ter acesso aos instrumentos contratuais, certame, termo de referência, empenho e distribuição disponibilizadas no link acima e no painel LocalizaSus.

716. Diante do exposto, entende-se que foi **cumprida** a determinação do item 9.1.4 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.

717. O Acórdão 2.817/2020 - TCU – Plenário, item 9.1.5, fez a seguinte determinação:

> Item 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;

718. A deliberação decorre da constatação feita no terceiro ciclo do acompanhamento, que reportou que, até 19/8/2020, seis estados, o Distrito Federal e 1.516 municípios não tinham apresentado dados de execução de suas despesas para o primeiro semestre daquele ano.

719. Por meio do item 9.10 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, referente ao 5º ciclo do presente

acompanhamento, considerou-se a determinação parcialmente atendida, tendo em vista que a relação solicitada foi apresentada pelo Conasems, sendo também possível extrair indiretamente essa lista do último bimestre de 2020 pelo portal localizasus.saude.gov.br.

720. Em resposta ao Ofício de Requisição 32/2022 (peça 323), o Ministério da Saúde noticiou que no sítio eletrônico do Siops podem ser realizadas consultas de qualquer ente federado quanto à entrega de dados. Estas consultas podem ser feitas por esfera (Estado/Município) e por período (bimestre), por meio do endereço eletrônico https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/entrega-de-dados .

721. Acrescentou ainda que foi disponibilizado mapa e tabela na plataforma LocalizaSUS, contendo informações de entes que não homologaram dados do Siops, conforme dados do *link1* https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19SIOPS/DEMAS_C19SIOPS.html (peça 352, p. 11).

722. Em pesquisa no *link* https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/entrega-de-dados é possível verificar os estados e municípios que transmitiram as informações para o Siops. Em consulta feita em 8/5/2022 no *link* acima, verificou-se que as informações acerca do 6º bimestre do ano de 2021 não foram transmitidas por um estado da federação e 155 municípios (peças 533-534).

723. O Ministério da Saúde criou ainda o Boletim Informativo Siops, que apresenta orientações de uso, informação sobre mudanças no sistema, e entes subnacionais que não prestaram as informações acerca dos recursos recebidos (peça 535). O documento está disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_informativo_siops_jan2022.pdf.

724. Diante do exposto, entende-se que foi **cumprida** a determinação do item 9.1.5 do Acórdão 2.817/2020 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.

725. O Acórdão 2.817/2020-Plenário, item 9.3.2, fez a seguinte recomendação:

> 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;

726. Essa recomendação decorreu de diagnóstico de que, apesar de o Fundo Nacional de Saúde possuir um painel com alguns gráficos sobre recursos de emendas parlamentares transferidos, as funcionalidades existentes até aquela data impossibilitavam a extração de dados de forma agregada, gerencial, o que na prática limita muito a transparência de dados, pois é impraticável fazer consultas individuais de milhões de registros, e cruzar esses dados com outras fontes.

727. O item 9.10 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário considerou essa recomendação como parcialmente implementada, dado que no novo portal do Fundo Nacional de Saúde existe painel sobre emendas parlamentares com algumas ferramentas gerenciais. Não obstante, ponderou-se que tal painel ainda pode ser aperfeiçoado, possibilitando, por exemplo, identificar o impacto das emendas em relação às transferências ordinárias do FNS, e com mecanismo de extração de dados das tabelas para arquivo de extensão *.csv* ou *.xls*.

728. Em reunião realizada com os gestores do FNS, em 2/10/2020, foi afirmado que novas ferramentas de *Business1Intelligence* (BI), que permitiriam a extração dos dados da forma demandada, estariam em fase de testes. Logo, a equipe de fiscalização entendeu que se tratava de um problema de caráter pontual e temporário, possivelmente em decorrência de os painéis ainda estarem em fase de implementação, e que seria logo resolvido.

729. Não obstante, no sexto ciclo do acompanhamento, cujo Acórdão datou de 1º/12/2021, não foi verificada a adoção de providência nova no sentido de dar atendimento à deliberação. A situação dos painéis do FNS permanece diferente de todos os demais painéis do Ministério da Saúde, como no *Opendatasus*, T*abnet*, T*abwin*, *Painel1Covid*, *Localizasus Siops,1*ou mesmo no antigo portal do FNS, e reputa-se que isso afronta a diretriz do art. 8º, § 1º, inciso V, da Lei 12.527/2011, que

estabelece o dever de órgãos promover, independente de requerimento e em local de fácil acesso, a divulgação de dados gerais para o acompanhamento de programas e ações.

730. No ciclo atual, também não se observou nenhuma providência nova no sentido de atender à referida recomendação. Despacho DIMATEC/FNS/SE/MS, de 16/2/2022, justificou a não implementação da deliberação com o seguinte argumento:

> 7. Já no que diz respeito à extração gerencial de dados relativos aos recursos transferidos aos entes subnacionais, por meio de emendas parlamentares, o tema passou a merecer uma maior reflexão interna, sobretudo, após os recentes e reiterados ataques hackers às plataformas do Ministério da Saúde.
>
> 8. Assim, embora públicos, reputamos que a partir do momento em que for disponibilizada a função de extração dos referidos dados disponibilizados nos painéis do Fundo Nacional de Saúde, os mesmos estarão vulneráveis à técnica de raspagem de dados - *data lscraping* -, que consiste na extração, de forma automatizada ou manual, de dados em páginas da internet.
>
> 9. Ainda que se trate de uma atividade lícita, o risco da técnica envolve o destino e o propósito de uso dos dados coletados. Regra geral, a coleta dessas informações não causa prejuízos, se feitas com o objetivo de apoiar as atividades de controle governamental, pesquisas e estudos.
>
> 10. Contudo, a técnica de *scraping* tem se tornado uma prática comum e preocupante pelo potencial de ser utilizada com intenções maliciosas, tais como lobistas e escritórios de consultorias, e, sobretudo por cibercriminosos em busca de dados, para lançar ataques de engenharia social usando o nome e endereço de e-mails dos servidores do Ministério da Saúde, com aparência de fonte confiável, por exemplo, para enviar e-mails de *pishing* aos gestores dos entes federativos, com o objetivo de conquistar a confiança da vítima, e dessa forma, conseguir informações valiosas, roubar dados de login, dados financeiros ou até mesmo para um ataque de *ransomware*.
>
> 11. A partir disso, surge o desafio de conciliar o cenário de abertura de dados com a proteção na sua utilização, de modo que seja assegurada a transparência dos dados, contudo, mitigando a sua oferta com vistas a não permitir que pare em mãos de pessoas com más intensões capazes de dar tratamento diverso da sua finalidade pública.
>
> 12. Portanto, de modo a garantir maior controle dos usuários sobre as informações divulgadas nos painéis disponibilizados no Portal do Fundo Nacional de Saúde, ao menos neste momento, reputamos prudente não disponibilizar a ferramenta de extração dos respectivos dados, como forma de diminuir a exposição dos dados para extração massiva, e, consequentemente, mitigar a utilização maliciosa dos dados por terceiros.

731. Refuta-se essa argumentação. Embora se reconheça a necessidade de se proteger dados de natureza pessoal, como nome, endereço e login dos servidores do Ministério da Saúde, os painéis do FNS que foram objeto de deliberação não apresentam quaisquer dados de natureza sigilosa ou pessoal que justifiquem a limitação na extração dos dados, nos termos descritos na Lei 12.527/2011, ou mesmo que possam ser utilizadas por ações maliciosas, como *pishing* ou ataque de *ransomware*.

732. Os painéis disponíveis no portal do FNS são convênios e contratos de repasses, saldos de repasses, repasses fundo a fundo, repasses Covid-19, instrumentos de investimentos, termos de execução descentralizada, emendas parlamentares, equipamentos e materiais permanentes e obras fundo a fundo. As informações que podem ser extraídas desses painéis são basicamente o quanto um determinado ente federado recebeu, qual a origem dos recursos, como eles foram executados e quanto estão parados em contas correntes.

733. Caso uma pessoa utilize os dados do Fundo Nacional de Saúde para, por exemplo, questionar um determinado gestor sobre o porquê de se ter muitos recursos parados em conta, ou se ter alocado recurso em determinada área, quando existiam outras prioridades, não se vislumbra qualquer ação maliciosa, mas sim um legítimo direito de os cidadãos exercerem o controle social. A não possibilidade de extração de dados do FNS apenas dificulta a possibilidade de o controle social apoiar as atividades de controle governamental, bem como a realização de pesquisas e

estudos.

734. A título exemplificativo, do modo como os dados são disponibilizados atualmente, não é possível a um cidadão ou a um pesquisador, a partir dos painéis do Fundo Nacional de Saúde, comparar o quanto os fundos municipais de saúde receberam de recursos de transferências por emendas parlamentares em relação às suas transferências ordinárias do fundo, ou em relação à sua população residente, a partir de estimativas populacionais.

735. Assim, tem-se a situação que, desde que foi implementado o novo sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, em 11/12/2020, os painéis de informação não possibilitam a extração de dados em formato *.csv* ou *.xls*, diferentemente do que ocorria com os painéis antigos do próprio Fundo Nacional de Saúde. Considerando a existência de milhões de registros é impossível se realizar o cruzamento de dados com fontes abertas dificultando o controle social e demais controles públicos para identificação de situações anômalas ou irregularidades com o uso de recursos.

736. Essa situação claramente afronta o princípio da publicidade, previsto no art. 37, *caput*, da Constituição Federal, c/c art. 8º, *caput* e § 1º, inciso V, da Lei 12.527/2011, que estabelece o dever de os órgãos e as entidades da administração pública promoverem, independente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas referentes dados gerais para o acompanhamento de programas e ações.

737. Ao se limitar o acesso aos dados dos painéis do FNS, persiste a situação descrita no relatório do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, prolatado em 21/10/2020, em que é possível apenas realizar consultas pontuais. Trata-se de uma situação anômala do FNS, visto que todos os painéis do Ministério da Saúde e de entidades internacionais como OMS e OCDE possibilitam a extração dos dados de seus painéis.

738. Não obstante, a recusa sem justificativa razoável do órgão em implementar mecanismo de extração de dados compromete a divulgação sobre as transferências e o controle social. Ademais, há um critério bem definido, não se trata de ação de caráter meramente pedagógico ou de providência de mero impulso processual, nos termos dos arts. 6º e 7º da Resolução-TCU 315/2020.

739. Importante mencionar que o item 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, foi uma recomendação. Optou-se por esse instrumento naquela ocasião, observando as diretrizes do art. 11, § 1º da Resolução-TCU 315/2020, por se atuar diretamente no problema para agregar benefícios à sociedade, com viabilidade prática e boa relação custo-benefício. Ademais, entendeu-se ser uma proposta de fácil implementação e quis se dar mais margem para o FNS agir.

740. Um primeiro efeito dessa situação é a impossibilidade de se dar atendimento integral da deliberação constante do item 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, visto que, sem uma ferramenta de extração dos dados das emendas parlamentares, é impraticável fazer consultas individuais de milhões de registros, e cruzar esses dados com outras fontes.

741. Outro aspecto é uma grave limitação ao exercício do controle social, pois, na prática, é impossível cruzar os dados do FNS com outras fontes abertas, e assim buscar situações anômalas ou irregularidades na aplicação dos recursos.

742. Existem boas práticas em todos os demais painéis e dados abertos do Ministério da Saúde analisados pela equipe de fiscalização, em que é possível extrair os dados. Pode-se citar *OpendataSus*, *Tabnet*, *PainelCovid*, *Localizasus*, *Siops*, ou mesmo no antigo portal do FNS. Para fins elucidativos, o Apêndice 12 demonstra, por meio de imagens, como é possível extrair dados dos referidos painéis, diferentemente do que ocorre no portal do FNS.

743. O relatório preliminar foi encaminhado para comentários do gestor com proposta de determinação ao Fundo Nacional de Saúde, para que em 30 dias, implementasse ferramentas para extração dos dados de tabelas dos seus painéis para arquivo de extensão "csv" ou "xls".

744. A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde informou que, frente aos apontamentos realizados pelo TCU, a equipe de TI já iniciou os trabalhos com vistas a implementar ferramenta de

extração de dados dos Painéis de Informações disponibilizados no Portal do Fundo Nacional de Saúde, e tão logo haja a efetiva implementação, a Corte de Contas será devidamente comunicada (peça 555), e o DEMAS acrescentou que dispõe de ferramentas de extração de relatórios, à equipe de TI do FNS (peça 556, p. 2).

745. Considerando a informação prestada pelo FNS, a determinação proposta está em vias de cumprimento, entendendo-se que deva ser mantida nos termos inicialmente propostos, conforme análise empreendida no Apêndice 13.

746. Espera-se, com a adoção da determinação proposta, garantir ampla publicidade dos dados custodiados pelo Fundo Nacional de Saúde, fomentando o controle social e possibilitar o cruzamento de dados com outras fontes abertas, bem como garantir a implementação plena da recomendação constante do item 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

747. Diante do exposto, propõe-se **determinar ao Fundo Nacional de Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de 30 dias, implemente ferramentas que possibilitem a extração dos dados de tabelas dos seus painéis para arquivo de extensão "csv" ou "xls", de forma a garantir o atendimento do art. 37, *caput*, da Constituição Federal c/c art. 8º, *caput* e § 1º, inciso V, da Lei 12.527/2011**. Adicionalmente, propõe-se manter o *status* da recomendação prevista no item 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, como **parcialmente implementada**.

748. O Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, item 9.3.3, fez a seguinte recomendação:

> 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;

749. A recomendação foi baseada em levantamento realizado em 16/9/2020, que identificou que alguns entes federados estavam apresentando valores divergentes entre casos de Covid-19 registrados no sistema de notificação compulsória e-SUS VE/Notifica, considerando pacientes com resultados de testes com valores positivos, e número de casos acumulados da doença informado pelos respectivos entes, a partir de dados das suas Secretarias Estaduais de Saúde.

750. O item 9.8 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo, considerou a deliberação parcialmente implementada, visto que a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde informou que realiza o acompanhamento e monitoramento dos registros juntamente com os gestores de saúde, persistindo a necessidade de atuação junto aos conselhos de saúde para que os dados sejam alimentados adequadamente e de forma tempestiva.

751. O Plano de Ação encaminhado pelo Ministério da Saúde não demonstrou nova ação para atender a presente deliberação, tampouco apresentou providência a ser implementada a respeito. Não obstante, observa-se que a Nota Informativa 6/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS, analisada quando da avaliação do cumprimento do item 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, trouxe providências a respeito, com orientações aos Conselhos de Saúde sobre como fiscalizar os registros de casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

752. A equipe de auditoria, por meio do Ofício de Requisição 32/2022, solicitou informações sobre as providências adotadas, porém o Ministério da Saúde não se pronunciou sobre a ocorrência, limitando-se a indicar a Secretaria de Vigilância em Saúde como órgão responsável pelo atendimento (peça 352, p. 12).

753. Não houve comentários do gestor para a proposta apresentada (Apêndice 13).

754. Considerando que até o momento isso não foi demonstrado, propõe-se manter o *status* da recomendação prevista no item 9.3.3 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, como **parcialmente implementada**.

755. O Acórdão TCU 2.817/2020 – Plenário, item 9.3.5 e seus subitens, fez as seguintes recomendações:

> 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.

756. No sexto ciclo, foram consideradas não implementadas as recomendações constantes no item 9.3.5 do Acórdão TCU 2.817/2020 - TCU – Plenário, conforme parte final do dispositivo do item 9.10 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

757. Naquela oportunidade, foi proposta determinação ao Ministério da Saúde para que, no prazo de 150 dias, elaborasse, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e outros órgãos e entidades envolvidos com a temática, plano de ação, que especifique as ações a serem tomadas, seus responsáveis e os prazos para implementação, com vistas a aprimorar a divulgação das informações orçamentárias e financeiras, em sistema próprio ou por meio de outros sistemas ou soluções tecnológicas disponíveis, para atendimento do disposto no art. 48, § 1º, incisos II e III, c/c o art. 48-A, incisos I e II, da Lei Complementar 101/2000, bem como do julgado no Acórdão 2.179/2021-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Benjamin Zymler, de modo que, sem prejuízo das atuais funcionalidades do sistema Siops, possibilite:

a) disponibilização, após a transmissão das informações pelos entes subnacionais, de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde decorrentes de transferências de recursos federais;

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 de Cadastro de Pessoa Física ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, e, quando for o caso, do procedimento licitatório realizado;

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

758. A adoção dessas medidas foi determinada pelo Tribunal por meio dos subitens 9.1.2, 9.1.2.1, 9.1.2.2 e 9.1.2.3 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego.

759. O Ministério da Saúde ingressou com Pedido de Reexame insurgindo-se contra a determinação. O recurso foi admitido pelo Ministro Relator Jorge Oliveira, em despacho de 13/1/2022, **suspendendo sua eficácia até deliberação meritória do Tribunal** (peça 262).

760. O Tribunal deliberou sobre o recurso na forma do Acórdão 1.162/2022 – TCU – Plenário, conhecendo o pedido de reexame e, no mérito, concedeu provimento para converter as determinações contidas nos subitens 9.1.2, 9.1.2.1, 9.1.2.2 e 9.1.2.3 da decisão recorrida em recomendações (peças 550-552).

761. Em comentários do gestor, o Ministério da Saúde não se pronunciou sobre qualquer adoção de providências (Apêndice 13).

762. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.1, fez a seguinte determinação:

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:

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

763. Em expediente de 2/9/2021, o Ministério da Saúde, por meio da Assessoria de Comunicação Social, apresentou as informações relativas às ações executadas e a executar para cumprimento da deliberação (peça 292).

764. A Ascom informou que disponibilizou ao Tribunal suas campanhas publicitárias de utilidade pública relativas aos exercícios de 2020 e 2021, em nuvem, no endereço https://drive.google.com/drive/folders/1pNKOvNbPsZ5770aOUEQ87;vPXX-SbUor e que atualizou as informações no referido endereço (peça 292, p. 2).

765. Acrescentou ainda que a Secovid, em agosto de 2021, solicitou das secretarias especializadas informações sobre a necessidade de produção de peças de comunicação social para o segundo semestre daquele ano, e que Ascom aguarda formalização visando elaboração dos *briefings* para as campanhas publicitárias sobre "Dose de reforço" — para o qual já existe Nota Técnica exarada pela Secovid, "Testagem" e "Intervalo entre as vacinas".

766. Informou ainda que está sendo feito monitoramento dos principais temas abordados pela população em *websites*, portais noticiosos e redes sociais, para verificação das tendências envolvidas para propiciar *feedback* para aperfeiçoamento de conteúdos e abordagens.

767. Ainda, para aperfeiçoar o serviço de informação à população acerca da Covid-19, a Ascom lançou, em agosto de 2021, o programa Real Oficial, produção própria em vídeo, na forma de um quadro para disseminação nas redes sociais do Ministério da Saúde, especialmente dedicado a combater as *fake news* (exemplo: https://twitter.com/minsaude/status/1430283433385803785).

768. Informou, adicionalmente, que buscou parceria com o Conass, em agosto de 2021, a fim de possibilitar a distribuição de material publicitário e de orientação impressos às unidades integrantes do SUS.

769. Por meio do Ofício de Requisição 32/2022, foram solicitadas do Ministério da Saúde informações complementares acerca da deliberação.

770. O Ministério da Saúde, no quadro de monitoramento das deliberações, na coluna ações já implementadas, apenas informou a emissão do Despacho Ascom/ Nota Informativa 5/Anexo de Nota Informativa 5/Anexo Plano de Comunicação e que a responsabilidade do atendimento da deliberação exsurge na Ascom (peça 352).

771. Inicialmente, o *link* disponibiliza as ações publicitárias nos anos de 2020 e primeiro semestre de 2021, mas não informa sobre as ações do segundo semestre para o ano de 2022, ressaltando-se que o programa de testagem e vacinação não tiveram intensificação para orientação da população (https://drive.google.com/drive/folders/1pNKOvNbPsZ5770aOUEQ87jvPXX-SbUor).

772. O *link* do *Twitter*, exemplificativo, acerca do enfrentamento de *fake News* conseguiu, naquele ponto específico, servir para combater as notícias falsas. Todavia, não contam quantidade de conteúdos/informações de *fake news* combatidas.

773. Em pesquisa no sítio do Ministério da Saúde (https://www.gov.br/saude/pt-br), não se encontrou um acesso amigável que venha orientar o cidadão acerca de notícias falsas sobre saúde, como não há campanha sobre o Real Oficial, que deveria ser o local de acesso fácil para se dirimir dúvidas e buscar informação segura acerca das notícias falsas que circulam nas redes sociais, notadamente relativa ao enfrentamento da pandemia.

774. Acerca das informações complementares solicitadas, considerando que as ações publicitárias

são atividades continuadas, não houve informação do que se pretende executar em 2022. Ainda, não houve apresentação da documentação indicada ou acesso a ela no SEI, fato que compromete a análise substantiva da resposta.

775. Não houve comentários do gestor para a proposta apresentada (Apêndice 13).

776. A comunicação institucional, a exemplo de orientação da população acerca da vacinação, de providências de proteção que devem ser utilizadas para evitar ou mitigar o contágio do Sars-Cov-2, e de esclarecimento acerca do encerramento da Espin, não estão adotadas. Ressalte-se que os níveis de atingimento de metas de vacinação, especialmente de menores de 18 anos, estão muito aquém da meta prevista de 90% de cobertura.

777. No item 7.3 deste relatório, consta informação acerca do TC 000.444/2022-7 que possui proposta de recomendação ao Ministério da Saúde acerca de orientação sobre a vacinação infantil.

778. Neste sentido, entende-se que **houve cumprimento parcial da determinação do Tribunal exarada no Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.1**, uma vez que materialmente não foi demonstrada a execução do plano de comunicação apresentado ao Tribunal para o segundo semestre de 2021 e para o ano de 2022, salvo no item relacionado a combate a *fake news*.

779. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.2, fez a seguinte determinação:

> 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, incisos III e IV e parágrafo único, da Lei 8.080/1990, do art. 10, § 1º, incisos I, II e IV, do Decreto 7.616/2011 e art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019:
>
> (...)
>
> 9.1.1.2. elabore e execute, buscando articulação com os entes subnacionais, plano detalhado para a viabilização de medidas de assistência farmacêutica, contendo, por exemplo, medidas para garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus; garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.

780. A determinação decorre de ocorrência abordada no terceiro relatório de acompanhamento, quando se verificou a necessidade de o Ministério da Saúde garantir o fornecimento de medicamentos de IOT, conforme estabelecido no Plano de Contingência Nacional (item 9.1.2. do Acordão 2.817/2020 – TCU – Plenário).

781. No quinto ciclo de acompanhamento, a equipe de fiscalização verificou que o órgão ministerial atualizou o Plano de Contingência Nacional, excluindo essa obrigação, sendo estabelecidas medidas de atendimento de assistência farmacêutica para situações de normalidade, sem contemplar ações para garantir o abastecimento na Espin. Em razão disso, acolhendo as propostas da equipe do acompanhamento, o Tribunal deliberou nos termos do item 9.1 do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário.

782. O Ministério da Saúde apresentou, em setembro de 2021, o Plano de Ação para Assistência Farmacêutica na Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, contendo as medidas para evitar desabastecimento, responsabilidades dos entes federativos e interação com o Conass sobre o monitoramento de IOT (peça 293) e, em documento datado de 2/10/2021, a Advocacia Geral da União/Departamento de Assuntos Extrajudiciais apresentou as informações decorrentes da notificação acerca da citada deliberação (peças 291-306).

783. No sexto ciclo, diante das informações prestadas pelo Ministério da Saúde, entendeu-se que a determinação do Tribunal estava em cumprimento, diante da apresentação do plano de assistência farmacêutica na Espin, todavia deveria continuar o monitoramento decorrente da execução.

784. Em Ofício de Requisição 32/2022, a equipe de auditoria solicitou informações acerca da execução do referido plano (peça 323), sendo apresentada resposta pelo Ministério da Saúde no documento de peças 351-352.

785. Acerca da execução do referido plano, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), informou, com referência no Boletim Epidemiológico 99, da semana epidemiológica 5, de 31/1 a 5/2/2022, que no período de 20/3/2020 a 5/2/2022 foram distribuídos 29.754.204 reações de RT-PCR para os 27 Lacens, 3 Centros Nacionais de Influenza e laboratórios colaboradores.

786. Ainda, foram adquiridas e distribuídas 9.660.152 reações para extração de RNA viral de amostras suspeitas da Covid-19, 24.006.610 *swabs* e 21.388.910 tubos para coleta de amostras suspeitas da Covid-19 para as 27 unidades da federação, salientando que se trata de ação contínua de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE).

787. Examinando-se o Boletim Epidemiológico 103, da semana epidemiológica 9, de 27/2 a 5/3/2022, verifica-se que o Ministério da Saúde vem disponibilizando esses insumos em apoio aos entes federativos, conforme dados da tabela abaixo.

Tabela 25 - Evolução da distribuição insumos laboratoriais para detecção da infecção

Insumos	BE 99 31/1 a 5/2/2022	BE 103 27/2/2022 a 5/3/2022	Incremento
Reações de RT-PCR	29.754.204	29.980.380	226.176
Reações para extração de RNA	9.660.152	9.782.152	122.000
Swabs	24.006.610	24.245.110	238.500
Tubos	21.388.910	21.723.010	334.100

Fonte: Boletins Epidemiológicos 99 e 103 (Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-103-boletim-coe-coronavirus.pdf/view)

788. Acerca das demais sugestões feitas na deliberação (garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus Sars-CoV-2; monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual; rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda; garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes), o Ministério da Saúde não se manifestou no tocante à execução dessas ações, uma vez que o acórdão determina que a pasta **elabore e execute**, buscando articulação com os entes subnacionais, plano detalhado para a viabilização de medidas de assistência farmacêutica.

789. Apesar de serem exemplos acerca da elaboração e execução do plano, entende-se que o Ministério da Saúde deveria, no mínimo, se manifestar sobre esses pontos, considerando a criticidade da assistência farmacêutica, especialmente nos momentos de pico da pandemia, e não somente apresentar formalmente um plano, mas não demonstrar sua execução, salvo no caso dos insumos para realização de testes.

790. Não houve comentários do gestor para a proposta apresentada (Apêndice 13).

791. Diante do exposto, entende-se que houve **cumprimento parcial** da determinação do item 9.1.1.2 do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.

792. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.1.3, fez a seguinte determinação:

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, incisos III e IV e parágrafo único, da Lei 8.080/1990, do art. 10, § 1º, incisos I, II e IV, do Decreto 7.616/2011 e art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019:

(...)

9.1.1.3. elabore e implemente política nacional de testagem da Covid-19, estabelecendo, por exemplo, 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;

793. No terceiro relatório de acompanhamento, a equipe de auditoria entendeu que, em relação à estratégia de testagem dos casos suspeitos de Covid-19, foram apresentadas informações genéricas, sendo destacados, como exemplos, a falta de detalhamento sobre quantitativo de testes, objetivos do Ministério da Saúde com a realização dessa quantidade de testes, critérios de distribuição dos testes, priorização de entes federativos a serem atendidos, resultando na determinação acima transcrita.

794. No quinto ciclo, em monitoramento da decisão, o Tribunal considerou que houve descumprimento da determinação realizada no item 9.1.3 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário sobre a elaboração da política de testagem, determinando a realização de audiência dos responsáveis (item 9.3) e constituição de processo apartado para apuração (item 9.4.3). Adicionalmente, realizou a determinação no item 9.1.1.3 do Acordão 1.873/2021 –TCU – Plenário acima citado.

795. No sexto ciclo, o Ministério da Saúde apresentou, em setembro de 2021, o programa de testagem nacional "Diagnosticar para Cuidar", com as ações de Confirma Covid e Testa Brasil. A equipe verificou que, na ação Testa Brasil, foi inserido o Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 (PNE-Teste), que atualizou o programa original de testagem, incluindo o teste de antígeno como elemento de testagem.

796. Além disso, constatou também que o programa de testagem estabelece público-alvo, tipos de testes, frequência, estratégia de abordagem, tempo de resposta dos testes, inter-relacionamento com os entes subnacionais, com as atribuições de cada um, rastreamento de contatos e interação com a assistência e a vigilância em saúde e considerou em cumprimento a determinação restando ser executado em termos de implantação, disseminação e estabelecimento de rotinas.

797. Neste ciclo, o Ministério da Saúde informou que foi publicada, em 28 de janeiro de 2022, a segunda versão do Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19 (PNE-Teste) com enfoque na inclusão das orientações sobre a autotestagem (AT-Ag), por meio do uso de teste rápido de antígeno (TR-Ag) para detecção do Sars-CoV-2, e recomendações acerca da conduta pessoal frente ao resultado, necessidade de realização de novo teste e aspectos regulatórios (peça 352, p. 13).

798. Acrescentou que tais orientações subsidiaram a Anvisa para deliberação acerca da aprovação do uso de autoteste para Sars-CoV-2 no Brasil e ainda que, desde a criação do PNE-Teste em 17 de setembro de 2021, foram elaboradas oito pautas de distribuição de TR-Ag aos estados e ao Distrito Federal, totalizando 48.813.780 TR-Ag até 8 de fevereiro de 2022.

799. Em pesquisa no sítio do LocalizaSus, em 8/5/2022, acerca dos testes adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde para os estados, verifica-se que foram adquiridos 103.127.555 testes (RT-PCR, teste de antígeno e teste imunológico), importando em cerca de R$ 2,95 bilhões.

800. Verifica-se que o Ministério da Saúde criou um plano de testagem, estabelecendo orientações para estados e municípios e adquiriu testes para apoiar a atuação dos entes subnacionais e realizou a distribuição.

801. Diante do exposto, entende-se que houve **cumprimento** da determinação do item 9.1.1.3 do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.

802. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.2, fez a seguinte determinação:

> 9.1.2. em atenção ao disposto nos arts. 10, § 1°, 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.

803. No quinto ciclo de acompanhamento, verificou-se que, à época, o projeto de lei orçamentária de 2021 (PLOA 2021) não continha recursos específicos para as ações de enfrentamento à Covid-19 para o Ministério da Saúde.

804. A lei orçamentária aprovada para o exercício de 2021 incluiu apenas algumas emendas parlamentares, as quais totalizavam R$ 620 milhões.

805. O governo federal executou no exercício de 2021 as ações de enfrentamento à Covid-19 por meio de créditos extraordinários abertos por meio de seis medidas provisórias.

806. Diante de tal situação e considerando que o orçamento deve expressar e materializar um planejamento e a ele deve estar associado, além do fato de que, quando da elaboração do quinto relatório deste acompanhamento, o Ministério da Saúde vinha atuando de forma reativa e não planejada, o TCU, por meio do Acórdão 1.873/2021 – Plenário, relatado pelo Ministro Benjamin Zymler, determinou ao órgão que elaborasse 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.

807. Por sua vez, o Ministério da Saúde se posicionou a respeito da determinação por meio da Nota Informativa 6/2021-SPO/SE/MS (peça 488).

808. Em sua resposta, o Ministério da Saúde informou que, em resumo, no momento da confecção da peça orçamentária "não era certa a evolução do cenário posteriormente verificado", que a PLOA foi inicialmente elaborada pelo Ministério da Saúde em meados de 2020 e que o próprio Decreto Legislativo 6/2020, que reconheceu estado de calamidade pública em decorrência da pandemia, tinha seus efeitos restritos a 31/12/2020, além de que a Emenda Constitucional 106, de 7 de maio de 2020, que instituiu regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia, chamado "Orçamento de Guerra", tinha vigência limitada ao estado de calamidade pública decretado pelo citado Decreto Legislativo.

809. Prosseguiu ressaltando que o planejamento orçamentário estava ocorrendo e, até aquele momento, ele estava consolidado nas medidas provisórias de reabertos créditos extraordinários, os quais, por ocasião da resposta, totalizavam R$ 47,1 bilhões.

810. Ao final da nota informativa (p. 8, peça 488), o Ministério da Saúde apresentou tabela contendo o detalhamento, por item, das despesas previstas para o exercício de 2021. Nessa tabela, constava a previsão de gastos de R$ 54,6 bilhões com Covid-19 no exercício 2021, atendendo plenamente a determinação ora em monitoramento.

811. A não existência de óbices financeiros para adoção de ações consideradas necessárias pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento à Covid-19 também foi registrada por representante do órgão, assessor na Secretaria Especial de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), em reunião telepresencial ocorrida em agosto/2021.

812. Corrobora as afirmações acima o fato de que foi verificada a abertura de diversos processos administrativos visando aquisição/contratação de medicamentos e serviços para o combate à pandemia, os quais foram analisados ao longo deste acompanhamento. De modo que em nenhum dos processos examinados observou-se qualquer tipo de restrição para o andamento processual em virtude da ausência de recursos orçamentários.

813. Diante do exposto, propõe-se que seja considerada **cumprida** a determinação constante do item 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU – Plenário relatado pelo Ministro Benjamin Zymler.

814. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.3, fez a seguinte determinação:

> 9.1.3. nos termos do art. 10, inciso V, alíneas "c" e "d, do Decreto 7.616/2011, adeque as competências do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV);

815. O Tribunal, por meio do Acórdão 1.888/2020 – TCU – Plenário, item 9.1.1, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, determinou ao Ministério da Saúde a adoção de medidas visando adequar o funcionamento do Centro de Operações de Emergências para a Covid-19 (COE Covid-19), 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.

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

817. A equipe de auditoria entendeu que a alteração descumpria o Decreto 7.616/2011, que estabelece como obrigação do Ministério da Saúde designar um representante para coordenar as medidas a serem executadas durante a Espin.

818. Depois da análise das competências do COE estabelecidas pela Portaria GM/MS 188/2020, e posteriormente suprimidas pela Portaria GM/MS 3190/2020, foi feita a proposta de adequação das competências do COE, sendo acolhida pelo Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.3.

819. Por meio do Ofício de Requisição 32/2022, foi solicitada informação do Ministério da Saúde acerca das providências adotadas.

820. O órgão informou que a Portaria GM/MS 188/2020, estabeleceu em seu art. 3º as competências do COE, nos seguintes termos (peça 352, p. 1-3):

> Art. 3º Compete ao COE-nCoV:
>
> I- planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;
>
> II- articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;
>
> III- encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;
>
> IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN; e
>
> V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:
>
> a) o acionamento de equipes de saúde incluindo a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993
>
> b) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;
>
> c) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e
>
> d) o encerramento da ESPIN.

821. Posteriormente, foi publicado o Decreto 10.697/2021, que criou a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), com as seguintes atribuições:

> Art. 46-A. À Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 compete:
>
> I - exercer a função de representante do Ministério da Saúde na coordenação das medidas a serem executadas durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do coronavírus (covid 19), nos termos do disposto no § 1º do art. 10 do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011;

II - propor as diretrizes nacionais e as ações de implementação das políticas de saúde para o enfrentamento da pandemia da covid-19, em articulação com os gestores estaduais, distrital e municipais;

III - definir e coordenar as ações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação relativas às vacinas covid-19, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações; e

IV - dar transparência às ações e às medidas relativas ao enfrentamento da pandemia da covid-19.

§ 1º O disposto neste artigo será executado em articulação com as demais secretarias, no âmbito de suas competências.

§ 2º As diretrizes e as ações mencionadas no inciso II do caput serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º A divulgação à população de informações relativas às medidas de enfrentamento da pandemia da covid19 observará as orientações da Secretaria de Comunicação Institucional do Ministério das Comunicações.

822. Por sua vez, o § 1º do art. 10 do Decreto 7.616/2011, prevê que:

Art. 10. O ato de declaração da ESPIN conterá:

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

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

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

III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN;

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

a) o acionamento da FN-SUS;

b) a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993;

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

d) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e

e) o encerramento da ESPIN.

823. O Ministério considera que se operou incompatibilidade do art. 3º, da Portaria 188/2020, que estabeleceu as competências do COE-nCoV, com a criação da Secovid, que passou a exercer tais atribuições. Assim, utilizando-se o critério cronológico, a norma anterior foi revogada tacitamente pela norma posterior.

824. Nas análises empreendidas pelo Tribunal acerca da governança do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia, verificou-se que o COE-nCOV não tinha uma atuação de acordo com o que estava previsto na Portaria GM/MS 188/2020 e as determinações procuram fortalecer esse colegiado.

825. Com a criação da Secovid, a qual passou ser formalmente a representante do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia, nos termos do Art. 46-A, I do Decreto 10.697/2021 c/c § 1º do art. 10 do Decreto 7.616/2011, a determinação de adequação das competências do COE acabou perdendo sentido. Ressalte-se que o encerramento da Espin, como analisado no item 3.1.1, foi proposta da Secovid e a Portaria GM/MS 319/2022, que a formalizou, revogou a Portaria GM/MS 188/2020, extinguindo o COE.

826. Diante do exposto, entende-se que **houve perda de objeto** do item 9.1.3 do Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário.

827. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.1, fez a seguinte recomendação:

> 9.2.1. oriente os conselhos de saúde de todos os entes subnacionais, com base no art. 1º, § 2º, da Lei 8.142/1990, a fiscalizar as ações dos gestores locais no combate à calamidade pública nacional decorrente da pandemia do vírus Sars-CoV-2, especialmente no que concerne à execução das ações de vacinação, ao registro de casos suspeitos e confirmados da doença e ao controle dos saldos nas contas correntes e das contratações realizadas, devendo, em caso de irregularidades, dar ciência de tal fato a casa legislativa responsável pelo controle externo do respectivo ente, bem como aos respectivos órgãos auxiliares de controle interno e externo.

828. A proposta foi embasada no fato de que em cada esfera da federação há um respectivo conselho de saúde, responsável, dentre outras atribuições, pelo controle da execução da política de saúde na instância correspondente, e tais conselhos teriam melhores condições de fiscalizar questões relacionadas à aplicação da vacina contra a Covid-19, como a verificação do registro pelos municípios das vacinas aplicadas ou outras eventuais irregularidades, como na fila de vacinação.

829. A esse respeito, a Coordenação-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS (CGFIP/DGIP/SE), noticiou ter elaborado a Nota Informativa 6/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS contendo informações para apoiar os conselhos municipais e estaduais de saúde na fiscalização das ações da gestão local do SUS no combate à pandemia de Covid-19, e remeteu ao Conselho Nacional de Saúde para divulgação entre os conselhos de saúde dos entes subnacionais.

830. Ao se analisar a Nota Informativa 6/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS, observa-se que o documento realmente orienta as diversas gestões do SUS, quanto à fiscalização de ações de vacinação, acompanhamento de casos e internações, controle de saldos em contas contábeis, repasses, transposição ou transferência de saldos financeiros, aplicação de recursos para enfrentamento da Covid-19, contratações e procedimentos a serem adotados em caso de irregularidades, exemplificando algumas consultas e análises que podem ser realizadas.

831. Entretanto, não existe elemento que indique ter havido ampla divulgação entre os conselhos de saúde dos entes federados. Não foi possível encontrar a citada Nota Informativa, ou algum tipo de cartilha a respeito no sítio eletrônico do Ministério da Saúde ou do Conselho Nacional de Saúde, bem como não foram apresentados elementos no sentido de que o Conselho Nacional de Saúde tenha conseguido disseminá-la em grande extensão.

832. Analisando-se alguns portais e informativos de conselhos de saúde, foi encontrada uma única menção à referida nota, replicada, no blog do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (https://cesrj.com/wp-content/uploads/2021/10/SEI_25000.130577_2021_17-1-2.pdf).

833. Há de se destacar que o Ministério da Saúde poderia (e ainda pode) se utilizar do teor da nota informativa e elaborar uma cartilha ou outro instrumento que o valha, de modo a dar mais publicidade do seu teor, e divulgá-la em seus canais de comunicação, o que também seria um modo de prestigiar a equipe que elaborou a referida nota técnica.

834. Posto tudo isso, verifica-se que o Ministério da Saúde adotou ações no sentido de dar cumprimento à recomendação, mas ainda restam pendentes ações no sentido de comprovar ter dado ampla publicidade junto aos conselhos de saúde.

835. Não houve comentários do gestor para a proposta apresentada (Apêndice 13).

836. Diante do exposto, propõe-se considerar a recomendação prevista no item 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, como **em implementação.**

837. O Acórdão 1.873/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.2, fez a seguinte recomendação ao Ministério da Saúde:

> **9.2.2.** 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.

838. No quinto ciclo de acompanhamento, a equipe de fiscalização levantou junto a pesquisadores da Fiocruz e em 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), a importância da análise epidemiológica a partir dos dados de sequenciamento genético, sendo possível detectar novas variantes e as que circulam pelo país.

839. O estudo acima demonstrou que o Brasil tinha feito cerca de 5.500 sequenciamentos genéticos correspondendo a cerca de 0,046% dos casos confirmados, enquanto o Reino Unido tinha realizado 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, vinha sequenciando aproximadamente 12% dos casos positivos.

840. Em razão da constatação, o Tribunal recomendou que o Ministério da Saúde ampliasse a quantidade de sequenciamento genético.

841. No Boletim de Epidemiológico 111 (semana epidemiológica 17, de 24 a 30/4/2022), consta que os sequenciamentos genômicos são realizados pelos seguintes Centros de Referência de Influenza: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Adolfo Lutz (IAL) e Instituto Evandro Chagas (IEC). De acordo com o fluxo já estabelecido para vírus respiratórios, 10 (dez) amostras positivas/mês em RT-PCR para Sars-CoV-2 devem seguir o trâmite normal de envio de amostras para o Laboratório de Referência para vírus respiratórios de sua abrangência, para a realização de sequenciamento genômico, conforme descrito a seguir:

a) Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe e Santa Catarina: enviar as amostras para a Fiocruz/RJ;

b) Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Groso, Piauí, Rondonia, São Paulo e Tocantins: enviar as amostras para o IAL/SP; e

c) Acre, Amazonas, Amapá, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Roraima: enviar as amostras para o IEC/PA.

842. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, foi solicitada informação do Ministério da Saúde acerca das providências adotadas, que respondeu nos termos do Despacho da Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB). O documento traz as mesmas informações acostadas no Boletim Epidemiológico acerca da estruturação dos laboratórios para realizar os exames de sequenciamento genômica, mas não revela o quantitativo realizado (peça 352).

843. Não houve comentários do gestor para a proposta apresentada (Apêndice 13).

844. Diante do exposto, entende-se que a recomendação **está em implementação**.

845. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário – item 9.1.1.1, determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.1.1. mantenha a divulgação de todas as informações requeridas pelo art. 4º da Lei 13.979/2020, para contratações/aquisições visando o enfrentamento à pandemia de covid-19 realizadas fora da égide dessa lei, a fim de atender os requisitos de transparência na execução dos gastos públicos, bem como ao disposto, entre outros, o art. 37, caput, da CF/1988;

846. Essa determinação tem relação com o item 9.1.4 do Acórdão 2.817/2020 - TCU – Plenário, que determinou ao Ministério da Saúde que divulgasse as informações estabelecidas no art. 4º da Lei 13.979/2020, para contratações/aquisições para o enfrentamento da pandemia, já analisadas naquele item.

847. No exercício de 2022, posteriormente à deliberação, verificou-se no *link* de transparência de processos de aquisição e contratos aquelas informações, uma vez que o Ministério da Saúde disponibiliza o termo de referência, o certame, o contrato, aditivo e empenhos, conforme análise feita nos itens 711-716 deste relatório.

848. Diante do exposto, entende-se **cumprida** a determinação feita no item 9.1.1.1 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário.

849. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário – item 9.1.1.2 determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.1.2. dê tratamento às inconsistências de informações do sistema Sies, identificando divergências e causas e as corrija, para que as informações sobre a distribuição de vacinas sejam demonstradas para sociedade com maior nível de fidedignidade dos dados, nos termos que estabelece o art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011.

850. A deliberação foi motivada em função da constatação de divergências entre os registros de distribuição de vacinas constantes do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos em Saúde (Sies) e as pautas acordadas na Câmara Técnica e homologadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Ministério da Saúde reconheceu desde o início as divergências e se comprometeu, por meio de manifestação nos comentários dos gestores no relatório do sexto ciclo, avaliar as inconsistências apontadas.

851. Em Plano de Ação sobre o atendimento das deliberações, o Ministério da Saúde informou que o atendimento à determinação envolveu uma ação conjunta realizada pelo Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas), da Secretaria Executiva. Mencionou-se que foi realizado um alinhamento de quantitativos dos sistemas Sismat e Sies, as divergências identificadas foram elucidadas, foi elaborado plano de ação para essa correção, sendo ainda incorporado o número das pautas de distribuição no Painel na plataforma LocalizaSus.

852. A esse respeito, reconhecem-se os esforços do Ministério da Saúde no sentido de compatibilizar as bases de dados, e entende-se haver complexidades em realizar esse processo. Um avanço significativo foi disponibilizar no Painel de Distribuição de Vacinas, no LocalizaSus, filtros que possibilitam comparar dados de UF, município, fabricante, tipo de vacina, a pauta que embasou a distribuição e a respectiva data. Não obstante, ao se comparar os dados, observa-se que permanecem algumas inconsistências, o que indica que esse alinhamento ainda deve ser aperfeiçoado.

853. A título exemplificativo, no centésimo informe técnico, que trata da 102ª Pauta de Distribuição de Vacinas, foi prevista a distribuição de 806.980 doses de vacinas, mas de acordo com o Sistema, essa mesma 102ª pauta embasou a distribuição de 856.580 doses, o que indica uma diferença de 49.600 doses somente nessa pauta (disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/informes-tecnicos/100o-informe-tecnico-e-102a-pauta-de-distribuicao.pdf.).

854. O somatório total também apresenta algumas divergências, os dados consolidados na 102ª pauta (de 13/4/2022) indicam a distribuição de 120.734.250 doses da Sinovac/Butantan, 130.976.500 da AstraZeneca, 208.268.672 da Pfizer/Cominarty e 28.352.280 da Janssen, mas os dados do painel, extraídos em 20/4/2022, indicam os respectivos quantitativos de 117.779.394, 131.668.330, 208.505.664 e 30.063.140.

855. Resta ao Ministério da Saúde aperfeiçoar o processo de alinhamento do sistema Sies com as pautas de distribuição de vacinas.

856. Não houve manifestação do Ministério da Saúde em comentários do gestor (Apêndice 13).

857. Diante do exposto, entende-se que está **em cumprimento** a determinação prevista no item 9.1.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

858. O Acórdão 2.878/2021–TCU–Plenário, item 9.1.1.3, determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.1.3. dê ciência aos entes subnacionais para que promovam os ajustes necessários no Siops para que os registros das transferências recebidas para enfrentamento da covid-19 correspondam aos montantes repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, e, adicionalmente, dê ciência ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério

Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, dos entes que não realizarem os ajustes citados, nos termos dos §§ 1º, 2º e 5º do art. 39 da Lei Complementar 141/2012, c/c os arts. 48 e 48-A da Lei Complementar 101/2000.

859. Essa deliberação foi motivada em razão da constatação de divergências entre a quantidade de recursos federais transferidos fundo a fundo pelo Fundo Nacional de Saúde aos entes subnacionais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, em relação aos informados pelos gestores no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), o que prejudicaria diversas ações de acompanhamento dos gastos com Covid-19 por parte dos gestores, dos órgãos de controle e da sociedade.

860. No tocante a tal item, a pasta ministerial informou ter publicado o Comunicado CSIOPS 06/2021 e encaminhado via e-mail aos gestores locais do SUS nos perfis cadastrados, bem como ter encaminhado aos Conselhos de Saúde um Ofício Circular contendo o Boletim Siops, que tem informações de homologação dos dados por parte dos entes federados brasileiros. Informações sobre homologações no Siops também teriam sido encaminhadas, via boletim, aos agentes de controle especificados pelo Tribunal de Contas, restando corrigir ou atualizar alguns endereços eletrônicos dos quais as mensagens foram devolvidas.

861. Observa-se que, de fato, foi feito o comunicado para que os usuários do Siops verificassem a necessidade de ajustes nos registros das informações das transferências recebidas pelos entes subnacionais do Fundo Nacional de Saúde, direcionadas ao enfrentamento à pandemia de Covid-19, para que correspondam aos montantes repassados pelo FNS, havendo também outros documentos como a Nota Informativa 3/2021-CGFIP/DGIP/SE/MS, que orienta o preenchimento de informações sobre execução orçamentária e financeira dos recursos federais transferidos fundo a fundo.

862. Garantir a fidedignidade dos dados do Siops é uma tarefa complexa, pois envolve gestores de todos os entes federados, com dados de natureza declaratória. Entende-se que o Ministério da Saúde poderia ter tido uma postura mais ativa no sentido de identificar irregularidades de lançamentos contábeis e questionar os gestores a respeito disso, mas compreende-se que a pasta tentou automatizar o processo e utilizar como parâmetro de eventuais irregularidades os dados já levantados no Boletim Siops (Boletim Siops 4, de janeiro de 2022). Acrescente-se que está em vias de publicação o Boletim 5 com previsão para junho de 2022 (peça 557).

863. A deliberação cumpriu seu objetivo no sentido de reforçar a necessidade de garantir informações fidedignas dos gastos da pandemia, e os elementos indicam que o Ministério da Saúde tomou ações para dar cumprimento ao que foi determinado pelo Tribunal.

864. Diante do exposto, entende-se que foi **cumprida** a determinação prevista no item 9.1.1.3 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

865. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário – item 9.1.1.4 determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.1.4. junte as memórias ou atas das reuniões realizadas no âmbito de sua Secretaria Executiva, quanto às tratativas para aquisição de imunizantes contra a covid-19, aos respectivos processos administrativos, nos termos do art. 2º, § 2º, da Lei 14.124/2021, e do art. 37, caput, da CF/1988;

866. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Executiva, informou que foi feita a juntada aos respectivos processos das atas e memórias de reuniões eventualmente existentes (peça 314):

- Processo 25000.175293/2020-61: Memória de Reunião 0024071704 e 0024071714;
- Processo 25000.002023/2021-12: Memória de Reunião 0024072177 e 0024072327;
- Processo 25000.175250/2020-85: Memória de Reunião 0024072549, 0024072691, 0024072737 e 0024072768;
- Processo 25000.002031/2021-69: Memória de Reunião 0024072808 e 0024072813; e

- Processo 25000.013174/2021-04: Memória de Reunião 0024072843 e 0024072850.

867. As providências adotadas pela Secretaria Executiva regularizam as situações verificadas nos processos de contratação de vacinas acerca das negociações envolvidas.

868. Diante do exposto, entende-se que foi **cumprida a determinação feita pelo** item 9.1.1.4 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário.

869. O Acórdão 2.878/2021 - TCU – Plenário, item 9.1.2, fez a seguinte determinação:

> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 combinado com o art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992 que:
>
> 9.1.2. no prazo de 150 dias, elabore, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e outros órgãos e entidades envolvidos com a temática, plano de ação, que especifique as ações a serem tomadas, seus responsáveis e os prazos para implementação, com vistas a aprimorar a divulgação das informações orçamentárias e financeiras, em sistema próprio ou por meio de outros sistemas ou soluções tecnológicas disponíveis, para atendimento do disposto no art. 48, § 1º, incisos II e III, c/c o art. 48-A, incisos I e II, da Lei Complementar 101/2000, bem como do julgado no Acórdão 2.179/2021-TCUPlenário, de modo que, sem prejuízo das atuais funcionalidades do sistema Siops, possibilite:
>
> 9.1.2.1. disponibilização, após a transmissão das informações pelos entes subnacionais, de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde decorrentes de transferências de recursos federais;
>
> 9.1.2.2. 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;
>
> 9.1.2.3. no que tange às receitas, todos os lançamentos e recebimentos das unidades gestoras, inclusive referentes a recursos extraordinários;

870. O teor das determinações desse item/subitens comunica com as recomendações do item 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, no que as determinações acima transcritas representam uma evolução da avaliação outrora feita acerca da situação encontrada. Conforme análise empreendida no monitoramento do item 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário (itens 756-761 deste relatório), após as comunicações processuais, a Advocacia Geral da União/Departamento de Assuntos Extrajudiciais, representando os interesses do Ministério da Saúde, ingressou com pedido de reexame em face do item 9.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário (peça 256).

871. Em Despacho de 13/1/2022, o Ministro Relator conheceu do pedido de reexame e **suspendeu os efeitos do item 9.1.2** e respectivos subitens do Acórdão 2.878/2021 – Plenário, nos termos dos arts. 32 e 48 da Lei 8.443/1992 e do art. 278 do Regimento Interno (peça 262).

872. O Tribunal deliberou sobre o recurso na forma do Acórdão 1.162/2022 – TCU – Plenário, conhecendo o pedido de reexame e, no mérito, concedeu provimento para converter as determinações contidas nos subitens 9.1.2, 9.1.2.1, 9.1.2.2 e 9.1.2.3 da decisão recorrida em recomendações (peças 550-552).

873. Em comentários do gestor, o Ministério da Saúde não se pronunciou sobre qualquer adoção de providências (Apêndice 13).

874. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário – item 9.1.3.1 determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.3.1. em conjunto com a Casa Civil e a Anvisa, informe a esta Corte de Contas as ações já adotadas e aquelas que ainda deverão ser implementadas com vistas a evitar ou a retardar a entrada da variante ômicron em território nacional e sua disseminação na população.

875. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, o Ministério da Saúde, por meio da Secovid,

informou que em conjunto com a Casa Civil houve a publicação da Portaria Interministerial 666, de 20 de janeiro de 2022, publicada pelos Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública, da Saúde e da Infraestrutura, bem como a Nota Informativa 2/2022 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que contou com a contribuição da Anvisa para sua edição (peça 352, p. 7).

876. Acrescentou ainda que foi publicado o Planejamento de Enfrentamento a Variante Ômicron 2ª Edição, anexado ao Processo 25000.058645/2021-03, que traça as ações realizadas para o enfrentamento do vírus.

877. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) complementou informando que emitiu notas técnicas de acordo com o conhecimento científico mundial e avaliação de risco nacional da Covid-19 (https://www.gov.br/saude/ptbr/coronavirus/avaliacao-de-risco-para-covid-19), de modo a subsidiar o Ministério da Saúde, juntamente com outros ministérios para a atualização das Portarias Ministeriais até a Portaria Interministerial 666/2022, que dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País (vigente em 15/2/2022).

878. Nessa atualização, destaca-se o monitoramento de viajantes não vacinados no Brasil para período de quarentena pelos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), coordenados pela SVS.

879. As medidas acima estabeleceram procedimentos de controle para mitigar a entrada da variante Ômicron no país. Todavia, verificou-se que as providências não foram suficientes para evitar a entrada da variante, como ocorreu em todo o mundo.

880. Não se pode olvidar que os documentos e a atuação dos órgãos envolvidos para identificação, monitoramento e cuidados dos pacientes e contactantes serviram para preparar os órgãos para o enfrentamento da variante.

881. O Ministério da Saúde não apresentou manifestações em comentários do gestor (Apêndice 13).

882. Diante do exposto, entende-se que houve **implementação parcial** da recomendação feita pelo item 9.1.3.1 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário.

883. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.1.3.2, determinou ao Ministério da Saúde, no prazo de trinta dias, contados da ciência da deliberação, que:

> 9.1.3.2. informe a este Tribunal as medidas implementadas para fins de cumprimento do subitem 9.1.1.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário;

884. O Ministério da Saúde prestou as informações determinadas pelo item 9.1.1.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU – Plenário acerca da elaboração e execução do plano de testagem, conforme analisado anteriormente (itens 793-801 deste relatório).

885. Diante do exposto, entende-se **cumprida** a determinação do item 9.1.3.2 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário.

886. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.1, fez a seguinte recomendação:

> 9.2.1. considerando, entre outras, as disposições da Portaria Interministerial 658/2021, que, de forma integrada com a Anvisa e com as Secretarias de Saúde dos entes subnacionais, adote medidas e procedimentos de controle de pessoas que ingressam no território nacional, brasileiros ou estrangeiros, para mitigar situações de contaminação e disseminação de novas cepas no país, a exemplo de testagem de casos suspeitos, rastreamento desses casos e de contactantes, fixando, entre outros, período e condições de quarentena para os casos confirmados e controlando o seu efetivo cumprimento, troca de informações, ações conjuntas, campanhas institucionais, registros tempestivos e adequados dos casos confirmados.

887. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, o Ministério da Saúde informou, por meio da Secovid, que a Portaria Interministerial 666/2022 dispõe sobre as medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, nos termos da Lei 13.979/2020, e revoga a Portaria

Interministerial 663/2021, na qual constam os parâmetros de testagem. A Nota Informativa 2/2022 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS atualizou as informações sob a incumbência do Ministério da Saúde relativas à Portaria Interministerial 666/2022.

888. A Secretaria de Vigilância em Saúde complementou informando que o controle de entrada no país está disciplinado na Portaria GM/MS 2.928/2021, que dispõe sobre a avaliação do cenário epidemiológico de Covid-19 e as condições para o cumprimento do isolamento ou da quarentena de viajantes e das embarcações. Aduziu que, na mesma linha, está a 4ª versão do Guia de Vigilância Epidemiológica da Covid-19, com atualização em especial quanto ao período do isolamento de casos leves e moderados, considerando as evidências científicas sobre a variante de preocupação (VOC) Ômicron.

889. As normas citadas trazem regras de controle de passageiros que ingressam no país. Com a flexibilização feita pela Portaria Interministerial 660/2022, parte das regras de controle sobre a entrada de passageiros deixaram de ser exigidas.

890. O que ficou faltando foi a demonstração da integração entre o Ministério da Saúde, a Anvisa e as secretarias estaduais de saúde para realizar a vigilância epidemiológica e sanitária, no âmbito de suas competências, sob o aspecto operacional, a fim de implementar o conjunto normativo de vigilância.

891. Não houve manifestação do Ministério da Saúde em comentários do gestor (Apêndice 13).

892. Diante do exposto, entende-se que houve **implemento parcial** da recomendação feita pelo item 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário.

893. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.2, fez a seguinte recomendação ao Ministério da Saúde**:**

> 9.2.2. adote providências para melhorar a qualidade da instrução dos processos de aquisição de bens e serviços, principalmente quanto ao detalhamento dos estudos técnicos preliminares e termos de referência, acerca da definição dos quantitativos necessários para aquisição, tipo de certame, possíveis licitantes, pesquisas de preços, para reduzir o tempo entre o pedido de aquisição e o lançamento da fase externa da licitação nos termos dos princípios da eficiência e da razoabilidade e do art. 7º, inciso XI, da Portaria GM/MS 402/2021;

894. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, o Dlog informou que se encontra em plena execução a adoção de medidas para melhoria da qualidade de instrução dos processos, tanto no âmbito interno, com o aperfeiçoamento dos procedimentos de aquisição e requisição, quanto no âmbito externo, com a estreita colaboração junto à Dinteg para a elaboração de manuais ligados ao tema. Afirmou que o mesmo pode ser dito em relação à melhoria das matrizes de risco utilizadas nos processos.

895. A Subsecretaria de Assuntos Administrativos complementou informando que foi implementado, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, cursos de capacitação para os servidores e colaboradores que atuam nas diversas unidades do Ministério da Saúde, com vistas ao desenvolvimento de competências quanto aos assuntos relacionados às contratações públicas e procedimentos licitatórios objetivando o aprimoramento e melhoria da qualidade na instrução dos processos de aquisição de bens e serviços.

896. Informou ainda que na instrução dos processos ocorre análise criteriosa, por meio de *check1-lists* e controles internos nos quais são verificadas todas exigências estabelecidas nas leis e normativos vigentes, e que são usados os modelos padrões de minutas da AGU, extraídas do site da instituição.

897. Por fim, salientou que os servidores envolvidos na instrução dos processos (pregoeiros etc.) rotineiramente realizam cursos de capacitação específicos, bem como promovem calendário de capacitação interna no Ministério da Saúde.

898. Observa-se que o Ministério da Saúde está procurando melhorar a qualidade da instrução processual relativa às aquisições e contratos.

899. Não houve manifestação do Ministério da Saúde em comentários do gestor (Apêndice 13).

900. Considerando que esse procedimento é contínuo, entende-se que tal item deva ser verificado no ciclo vindouro e que a recomendação do item 9.2.2 do Acórdão 2878/2021-TCU-Plenário está **em implementação**.

901. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.3, fez a seguinte recomendação ao Ministério da Saúde:

> 9.2.3. observe, na elaboração da matriz de alocação de riscos, o disposto no art. 5º da Lei 14.124/2021, o art. 22 da Lei 14.133/2021, o referencial básico do TCU para gestão de riscos disponível no sítio do TCU e o plano de gerenciamento de riscos elaborado pela Fiocruz para o contrato de Encomenda Tecnológica, contendo elementos mínimos, a exemplo da identificação, análise, avaliação e tratamento de riscos, bem como a previsão de medidas mitigadoras e responsáveis por sua adoção.

902. Instado o Ministério da Saúde pelo Ofício de Requisição 32/2022, o órgão respondeu por meio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos que a recomendação está sendo observada. O Mapa de Risco atualmente usado segue as diretrizes estabelecidas na IN 5/2017 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, incluídos os riscos inerentes ao planejamento da contratação, à seleção do fornecedor, à gestão do contrato, todos com ação preventiva e de contingência.

903. Após a recomendação feita pelo item 9.2.3 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, foram celebrados dois contratos: o Contrato 52/2021- Pfizer - 25000.171832/2020-92 e o Contato 50/2022- Coronavac/Butantan - 25000.174241/2021-58.

904. Analisando-se os processos em relação a essa temática, verifica-se que houve evolução na construção da matriz de riscos dos contratos de imunizantes com a utilização das regras estabelecidas pela IN 5/2017 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, necessitando avaliação nos demais processos em que contratos venham a ser celebrados para consolidação do procedimento.

905. Não houve manifestação do Ministério da Saúde em comentários do gestor (Apêndice 13).

906. Diante disso, entende-se que a recomendação do item 9.2.3 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, está **em implementação**.

907. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.2.4, fez a seguinte recomendação

> 9.2.4**.** negocie o preço e as demais condições ofertadas pelo fornecedor de vacinas contra covid-19, devendo todas as tratativas nesse sentido serem reduzidas a termo, e obtenha os preços pelos quais os diversos imunizantes estão sendo fornecidos em outros países e, em caso de dificuldades na obtenção de tal informação, tente obtê-la diretamente junto ao fornecedor, juntando a documentação aos processos administrativos para fins de análise custo-benefício, a justificar o preço contratado nos termos do art. 6ª, § 2º, da Lei 14.124/2021;

908. Instado pelo Ofício de Requisição 32/2022, o Dlog informou que tem contribuído com a negociação de preços das vacinas para Covid-19. Afirmou que exemplo disso pode ser visto no processo SEI 25000.174241/2021-58, que tratou da contratação do imunizante CoronaVac, em que a Coordenação de Licitações e Análise de Mercado de Insumos Estratégicos para Saúde (Colmer) realizou pesquisa internacional, conforme metodologia preconizada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

909. Ressaltou que foi encontrado o valor da mencionada vacina na Tailândia (US$ 5,00), Índia (US$ 14,00), Indonésia (US$ 17,00) e Filipinas (US$ 38,50), e que, após negociação, o valor acordado por dose fixou-se no valor de US$ 7,00 (peça 352, p. 10).

910. Não houve manifestação do Ministério da Saúde em comentários do gestor (Apêndice 13).

911. Verificou-se que o Ministério da Saúde passou a pesquisar preços internacionais na busca de negociar melhores preços na contratação de imunizantes junto às farmacêuticas. Considerando que

esse procedimento é continuado, considera-se que a recomendação do item 9.2.4 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário está **em implementação**.

912. O Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, item 9.4, fez a seguinte recomendação:

> 9.4. recomendar à Casa Civil, aos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde e da Infraestrutura, com fundamento no art. 1º, inciso III, e caput do art. 37, ambos da CF/1988, e no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, combinado com o art. 250, inciso III, do RITCU, que adotem as ações necessárias para que passe a ser exigida dos viajantes internacionais que adentrem o território brasileiro a apresentação de cartão de vacinação atualizado contra a covid-19 e, na hipótese de não adoção dessas medidas, apresentem, em quinze dias, as devidas justificativas técnicas.

913. O Ministério da Justiça e Segurança Pública informou que foi editada a Portaria Interministerial 663, de 20 de dezembro de 2021, a qual impõe a apresentação do comprovante de vacinação contra a Covid-19 de brasileiros e estrangeiros para ingresso no País, além de outras medidas de controle sanitário que devem ser observadas, atendendo a recomendação do TCU e decisão do STF no bojo da ADPF/DF (peças 241-250).

914. No mesmo sentido, a Casa Civil citou a edição da referida portaria, que substituiu as Portarias 661, de 9 de dezembro de 2021; e 662, de 10 de dezembro de 2021, durante a pandemia, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal, ADPF 913/DF (peça 255).

915. A portaria citada pela Casa Civil e Ministério da Justiça e Segurança Pública inova ao exigir a apresentação da carteira de vacinação de passageiros que adentrem no território brasileiro, bem como medidas adicionais no caso de o passageiro não possuir tal documento.

916. Diante do exposto, entende-se que houve **implemento** da recomendação do item 9.4 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, relatado pelo Ministro Vital do Rego.

9 - CONCLUSÃO

917. Este sétimo ciclo de acompanhamento abordou as ações do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus e retomou a análise de temas abordados nos ciclos de acompanhamento anteriores, em virtude da necessidade de verificação do cumprimento de deliberações dos acórdãos prolatados pelo TCU.

918. A governança do Ministério da Saúde (tópico 3), no tocante ao encerramento da Espin, a utilização de indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, a estruturação do SUS para o enfrentamento da síndrome pós-covid e de ingresso de novas variantes de preocupação, e a transparência sobre dados da síndrome respiratória aguda grave, são temas que foram acompanhados neste ciclo.

919. O Ministério da Saúde encerrou a Espin, por meio da Portaria GM/MS 319/2022, mas não apresentou as ações de saúde que continuariam sendo executadas, salvo o programa Previne Brasil e ações de vigilância em saúde, bem como não instituiu um plano de ação caso haja recrudescimento da pandemia, nem plano de impacto acerca da perda de efeitos da Portaria GM/MS 188/2020, que instituiu a Espin, havendo recomendação para implementação dessas medidas.

920. Acerca da utilização dos indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, não foi demonstrada, de forma estruturada, a sua utilização na tomada de decisão e ainda verificou-se que não consta nos sistemas e ferramentas públicos gerenciados pelo Ministério da Saúde, como boletins epidemiológicos e LocalizaSus, informações sobre a cobertura vacinal, por cada grupo do PNO e faixa etária, para se avaliar o atingimento da meta de cobertura de 90%. Vale dizer, consta informação das quantidades de vacinas aplicadas nos grupos e faixas etária no LocalizaSus, sem especificar a cobertura. Houve proposta de recomendação para inserção dessa informação.

921. Em relação à estruturação do SUS para enfrentamento da Síndrome Pós-Covid-19, verificou-se que o Ministério da Saúde codificou a doença no aspecto da morbidade e mortalidade, direcionou recursos específicos para apoio o custeio da atenção primária nos municípios e passou a informar no boletim epidemiológico dados da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica

(SIM-P). Não constam informações estruturadas sobre morbidade e mortalidade da Síndrome Pós-Covid-19, havendo recomendação para que seja suprida essa lacuna.

922. Quanto à estruturação para o enfrentamento de novas variantes de preocupação, o Ministério da Saúde apresentou um plano em que relaciona as ações realizadas, a exemplo de autorização de leitos, aquisição e distribuição de medicamentos IOT, vacinas, ventiladores, EPI, contratação de pessoal, como programa Mais Médicos pelo Brasil, vigilância sanitária, que podem ser colocadas em prática em eventual situação de emergência.

923. Ainda sobre governança, verificou-se que havia oportunidade de melhoria acerca de informações sobre a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), como indicação de vacinação e de medicamentos para tratamento do vírus, havendo recomendação neste sentido.

924. No aspecto orçamentário-financeiro, constatou-se baixa execução dos recursos descentralizados (modalidades 31 e 41) em comparação com os exercícios 2021 e 2020. Tal situação pode ser explicada pela atuação mais centralizada do Ministério da Saúde na aquisição de insumos/medicamentos e vacinas para o combate à pandemia da Covid-19 (tópico 4).

925. Em relação aos contratos (tópico 5), verificou-se (i) a contratação fundamentada em pregões de registro de preço que estavam revogados tacitamente, sendo sugerida a ciência para não renovação dos contratos, e (ii) ausência de apuração de inexecução contratual de fornecedor, com proposta de determinação para apuração dos fatos e aplicação de sanção, se for o caso.

926. Acerca das requisições administrativas, constatou-se que não há um normativo que estabeleça os procedimentos internos para pesquisa e estabelecimento de preço para pagamento de indenizações e que os pagamentos são feitos por critérios distintos para o mesmo produto, de mesmo fornecedor, havendo proposta de recomendação neste sentido (tópico 6).

927. Sobre a vacinação, foram abordados as metas de vacinação, a vacinação infantil, o quantitativo de vacinas para aplicação em 2022, a produção nacional de vacinas da AstraZeneca, de acordo com análise empreendida no tópico 7, verificando a existência de quantitativo de vacinas para toda população vacinável e que a cobertura vacinal não atinge a meta estabelecida de 90% especialmente nas menores faixas etárias, destacadamente da população infantil, e segunda dose de reforço, havendo risco de perda de vacinas por expiração do seu prazo de validade.

928. Sobre o monitoramento das deliberações neste ciclo de acompanhamento, verificou-se o implemento da recomendação do item 9.4 do Acórdão 2.878/2021-Plenário; cumprimento das determinações dos itens 9.1.4 e 9.1.5 do Acórdão 2.817/2020-Plenário, itens 9.1.1.3 e 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-Plenário, e itens 9.1.1.1, 9.1.1.3, 9.1.1.4 e 9.1.3.2 do Acórdão 2.878/2021-Plenário; cumprimento parcial das determinações dos itens 9.1.1.1, 9.1.1.2 do Acórdão 1.873/2021-Plenário e 9.1.3.1 do Acórdão 2.878/2021-Plenário; implemento parcial das recomendações dos itens 9.3.2 e 9.3.3 do Acórdão 2.817/2020-Plenário, e 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021-Plenário; em cumprimento a determinação do item 9.1.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário e em implemento as recomendações dos itens 9.2.1 e 9.2.2 do Acórdão 1.873/2021-Plenário, e 9.2.2, 9.2.3 e 9.2.4 do Acórdão 2.878/2021/Plenário; não implemento da recomendação do item 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-Plenário; não cumprimento das determinações do item 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020-Plenário; perda de objeto das determinações dos itens 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020-Plenário, e 9.1.3 do Acórdão 1.873/2021-Plenário; e conversão da determinação do item 9.1.2 do Acórdão 2.878-Plenário em recomendação pelo Acórdão 1.162/2022 – TCU – Plenário, conforme análise empreendida no tópico 8 deste relatório e quadro resumo no Apêndice 11.

929. Por fim, cabe pontuar que a dinâmica da pandemia acerca de contágio, óbitos, novas cepas e doenças pós-Covid tem obrigado o sistema de saúde a se reestruturar, exigindo maior número de leitos, de profissionais de saúde, de equipamentos, de insumos e medicamentos específicos; maior rigor da vigilância sanitária e epidemiológica; maior eficiência das campanhas de conscientização das medidas não farmacológicas e da vacinação; e melhoria da transparência dos gastos e dos atos administrativos.

930. O encerramento da Espin, pela Portaria GM/MS 319/2022, com efetiva vigência a partir de 22/5/2022, traz novos desafios acerca das ações de saúde que continuarão sendo executadas, uma

vez que a pandemia ainda não chegou a seu fim, bem como o financiamento dessas ações direta ou indiretamente pelo Ministério da Saúde.

931. Além deste aspecto estruturante, o risco do surgimento de novas variantes de preocupação com aumento de morbidade e mortalidade não pode ser descartado, principalmente pelo processo de vacinação desigual a nível mundial e a possibilidade de disseminação rápida pelos meios de transporte, principalmente o modal aéreo, pela rapidez do deslocamento das pessoas de uma região para outra do mundo.

932. Não obstante, o encerramento da emergência no Brasil não pode perder de vista as desigualdades sociais, de infraestrutura e da rede de saúde, bem como todo o legado na estruturação da rede do SUS para o enfrentamento da pandemia, desde o início de 2020.

933. Neste diapasão, o acompanhamento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde pelo Tribunal de Contas da União, de acordo com as atribuições estabelecidas pelo art. 70 da Constituição da República e art. 1º da Lei 8.443/1992, buscou contribuir, sob o aspecto de controle externo, com a melhoria da prestação dos serviços de saúde realizados pelas instituições legalmente constituídas para esse fim.

10 - PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

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

I - Determinar ao Fundo Nacional de Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 combinado com o art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de 30 dias, implemente ferramentas que possibilitem a extração dos dados de tabelas dos seus painéis para arquivo de extensão "csv" ou "xls", de forma a garantir o atendimento do art. 37, *caput*, da Constituição Federal c/c art. 8º, *caput* e § 1º, inciso V, da Lei 12.527/2011; (**item 8**)

II – Recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020 combinado com o art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, que:

a) nos termos dos artigos 16, § 1º da Lei 8.080/1990, 10, § 1º do Decreto 7.616/2011, 46-A, inciso I, do Decreto 9.795/2019, alterado pelo Decreto 10.697/2021, e 3º, V, letra "d" da Portaria GM/MS 188/2020, no dever de precaução e nos princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, dando publicidade aos atos instituídos (**item 3.1.1**):

a1) estabeleça normativo de orientação indicando as ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus que continuarão sendo executadas e a responsabilidade pelo seu implemento, especialmente das ações que envolvem vacinação, testagem, investigação genômica, leitos, medicamentos e insumos, oxigênio, apoio financeiro, profissionais de saúde, exigência de passaporte vacinal, campanha de orientação da população;

a2) elabore um plano de encerramento da Espin que contemple os impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e as estratégias de mitigação e plano de retomada frente a um possível recrudescimento do cenário epidemiológico no contexto da revogação da referida portaria;

a3) monitore indicadores relacionados à emergência de saúde pública de importância nacional encerrada, a exemplo da taxa de ocupação de leitos, de UTI e clínicos, de cobertura vacinal, de cobertura de medicamentos de IOT (demanda e consumo);

b) adote providências para registrar nos sistemas públicos a cobertura vacinal para cada grupo prioritário e cada faixa etária, informando as metas de vacinação e percentuais alcançados, nos termos do art. 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990, art. 11, inciso VIII, do Anexo I, da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017 c/c o art. 3º da Lei 12.527/2011; (**item 3.2.1**);

c) adote providências para identificar, quantificar e dar publicidade, nos boletins epidemiológicos, dos casos e da mortalidade decorrentes de condições pós-Covid-19 e das ações realizadas para minimizar seus impactos à população, a fim de obter e disponibilizar informações fidedignas desses casos para prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no aperfeiçoamento de sua atuação institucional, nos termos do art. 16, item XIII da Lei 8.080/1990; (**item 3.3.1**)

d) inclua na ficha de notificação de registro individual para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-hospitalizado), a ser posteriormente incorporada ao Sivep-Gripe: (**item 3.5.1**)

d1) dados sobre imunização contra a influenza;

d2) dados sobre o uso de medicamento específico para o tratamento da Covid-19; e

d3) dados sobre a aplicação de dose adicional de vacina contra a Covid-19 pelos gestores locais;

e) adote providências para estabelecer procedimento interno para melhorar a qualidade da instrução processual em requisição administrativa de bens e serviços, definindo a rotinização de seu procedimento, nos termos dos princípios da eficiência e da razoabilidade, c/c o art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, art. 7º da Portaria GM/MS 356/2020, art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, art. 10, § 1º, incisos V, "c", do Decreto 7.616/2011, e art. 31, inciso VI, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019; **(item 6.1.1)**

f) mantenha o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) atualizado e busque alternativas para evitar atrasos na alimentação de seus dados juntos aos entes subnacionais; (**item 7.8**)

g) mantenha os painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) atualizados; (**item 7.8)**

h) mantenha atualizada a periodicidade de divulgação dos boletins epidemiológicos; (**item 7.8)**

III – Recomendar à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020 combinado com o art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, que elabore normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em requisições administrativas para estabelecimento de justa indenização nos termos do inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990 c/c do art. 126, inciso I, do Anexo I do Decreto 9.745/2019, entende-se que deva ser proposta recomendação.

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

a) as contratações ou aditivações fundamentadas na Lei 13.979/2020, a exemplo das havidas nos Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021 para aquisição de medicamentos IOT para combate à Covid-19, relativas a pregões de registro de preços 110/2020 e 124/2020, realizados em 2020 sob a égide da Lei 13.979/2020, não têm amparo legal, uma vez que esta norma perdeu sua vigência em 31/12/2020, nos termos do Decreto Legislativo 6/2020; **(item 5.1.1);**

b) acerca do atraso na divulgação do Censo Hospitalar ocorrida no ano de 2020, cuja disponibilização dos dados abertos só ocorreu em outubro daquele ano, inobservando o que dispõe os artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS 758/2020, conforme apurado no TC 021.894/2021-3 **(item 7.8);**

V – Considerar implementada a recomendação do item 9.4 do Acórdão 2.878/2021—TCU-Plenário; e cumpridas as determinações dos itens 9.1.4 e 9.1.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, itens 9.1.1.3 e 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, e itens 9.1.1.1, 9.1.1.3, 9.1.1.4 e 9.1.3.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

VI – Considerar em cumprimento parcial as determinações dos itens 9.1.1.1, 9.1.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário e 9.1.3.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário; e em implemento parcial as recomendações dos itens 9.3.2 e 9.3.3 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, e 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

VII – Considerar em cumprimento a determinação do item 9.1.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário e em implemento as recomendações dos itens 9.2.1 e 9.2.2 do Acórdão 1.873/2021-Plenário, e 9.2.2, 9.2.3 e 9.2.4 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

VIII – Considerar não implementada a recomendação do item 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário;

IX – Considerar perda de objeto as determinações dos itens 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário e 9.1.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário; e

X - Nos termos do art. 8º da Resolução TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido de monitorar as recomendações no item II, alíneas "a" a "d" da proposta de encaminhamento deste relatório;

XI – Encaminhar, por meio do endereço eletrônico pgr-gabinetecovid19@mpf.mp.br, cópia do relatório e da deliberação que vier a ser proferida à Coordenadoria Nacional Finalística do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19) da Procuradoria-Geral da República;

XII – Encaminhar cópia deste Acórdão à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, ao Departamento de Assuntos Extrajudiciais da Consultoria-Geral da União, e à Comissão Temporária Covid-19 do Senado Federal, destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenham interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhes cópia desses documentos sem quaisquer custos;

XIII – Em relação à denúncia apresentada no TC 012.390/2021-6, propõe-se que seja encaminhado ao denunciante o Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rego, bem como a deliberação deste sétimo ciclo, destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenha interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhe cópia desses documentos sem quaisquer custos, e, no **mérito** seja considerada (**item 7.7**):

a) **procedente** relativa ao tópico falta de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da Covid-19 e compra de vacina;

b) **improcedente** em relação de insuficiente e tardia alocação orçamentária para a aquisição de vacina no ano de 2020, e seu necessário planejamento e ritmo lento e insuficiente de execução orçamentária no âmbito do Fundo Nacional de Saúde, ao longo do exercício financeiro de 2020.

XIV – Em relação à representação apresentada no TC 016.191/2021-8, propõe-se que seja encaminhada ao representante a deliberação deste sétimo ciclo, destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenha interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhe cópia desses documentos sem quaisquer custos, e no **mérito** seja considerada **improcedente** (**item 7.6).**

XV – Em relação à denúncia apresentada no TC 021.894/2021-3, propõe-se que seja encaminhada ao denunciante a deliberação deste sétimo ciclo, destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenha interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhe cópia desses documentos sem quaisquer custos, e no **mérito** seja considerada: **(item 7.8**)

a) **improcedente** em relação à redução da frequência e da qualidade das interações com a imprensa por meio de entrevistas coletivas;

b) **insubsistente** no tópico indisponibilidade da variável "área censitária";

c) **procedente** em relação à não adoção de medidas saneadoras pelo Ministério da Saúde ao longo desse período de pandemia;

XVI – Comunicar a Controladoria Geral da União, em atendimento à expediente apresentado no TC 037.621/2021-1, que o Tribunal de Contas da União instaurou processo de representação no TC 043.914/2021-7 para apuração da contratação de seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação pelo Ministério da Saúde;

XVII – Encaminhar a deliberação a ser exarada por esta Corte de Contas, com relatório e voto, para complemento de atendimento de demanda formalizada por solicitação da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, nos autos do TC 045.433/2021-6, em atendimento ao item 9.2.5 do Acórdão 338/2022 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

2. Mediante solicitação de peça 626, o representante do MPTCU, Procurador Rodrigo Medeiros de Lima, requereu a oportunidade de oficiar no presente processo, solicitação que foi deferida mediante Despacho de peça 628.

3. Em parecer à peça 630, o D. Procurador assim se manifestou:

> Trata-se do sétimo relatório do acompanhamento instaurado com o objetivo de avaliar, no contexto do "Plano Especial de Acompanhamento das Ações de Combate à Covid-19 e às suas Consequências" do TCU[1], a estrutura e as ações de governança do Ministério da Saúde (MS) para o combate à crise gerada pela Covid-19 e os atos referentes à execução de despesas públicas pelo ministério e órgãos e entidades a ele vinculados, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade.
>
> 2. Dando continuidade ao acompanhamento que vem sendo levado a efeito pelo Tribunal desde maio de 2020[2], o relatório à peça 605 foi segmentado pela SecexSaúde nos seguintes tópicos (matérias destacadas nos subitens da "Visão geral do objeto" – p. 14-19):
>
> a) governança;
>
> b) contratos e requisições administrativas;
>
> c) orçamento; e
>
> d) vacinas.
>
> 3. O presente parecer tem o intuito de analisar parte dos tópicos mencionados no parágrafo precedente, à exceção daqueles voltados especificamente ao orçamento, iniciando-se pelo tema mais amplo, qual seja, a governança, que perpassa as demais questões a serem adiante abordadas. Será abordada neste parecer, também, a questão relacionada à crise de abastecimento de oxigênio ocorrida em Manaus/AM, no mês de janeiro de 2021.
>
> **GOVERNANÇA**
>
> 4. De acordo com o **Referencial Básico de Governança Organizacional** para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU[3], a governança pública organizacional consiste na:
>
> > (...) aplicação de práticas de liderança, de estratégia e de controle, que permitem aos mandatários de uma organização pública e às partes nela interessadas avaliar sua situação e demandas, direcionar a sua atuação e monitorar o seu funcionamento, de modo a aumentar as chances de entrega de bons resultados aos cidadãos, em termos de serviços e de políticas públicas. Este conceito, derivado principalmente da governança corporativa, foi delineado e adotado pelo TCU em virtude do propósito de apoiar a melhoria do desempenho das organizações públicas jurisdicionadas. (...) (grifo nosso)
>
> 5. Tendo em vista que o presente parecer tem como principal intuito rever, de modo crítico, como as ações de combate à Covid-19 foram tomadas, a partir de 2020, no mais alto nível de governo no País, foi empregado, como norte das análises que a seguir são apresentadas, o

[1] Aprovado, a partir de Comunicação da Presidência do TCU, na Sessão Plenária de 8/4/2020.

[2] Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário, prolatado na sessão de 27/5/2020, relativo ao primeiro ciclo do acompanhamento (relator Ministro Benjamin Zymler). O último relatório apreciado pelo Tribunal, na sessão plenária de 1º/12/2021, referiu-se ao sexto ciclo (Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário – relator Ministro Vital do Rêgo).

[3] 3ª edição disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F7595543501762EB92E957799> – acesso em 26/8/2022.

Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo[4], aprovado por meio do Acórdão 2.970/2015-TCU-Plenário (relator Ministro Raimundo Carreiro).

6. De acordo com a declaração de voto proferida pelo Ministro Augusto Nardes, que acompanhou o mencionado acórdão, o **Centro de Governo** (CG) "(...) **corresponde à estrutura administrativa de instituições centrais que servem ao Executivo e são fundamentais para promover a coerência de políticas e programas em todo o governo, bem como a coordenação produtiva entre as partes interessadas envolvidas no processo de políticas.**" (parágrafo 2 da declaração de voto – grifos do original). No Brasil, pode-se identificar como CG, atualmente, seguindo a compreensão externada por meio do citado Referencial, os órgãos da Presidência da República[5] (PR) e o Ministério da Economia.

7. De acordo com o "Modelo do TCU para Avaliação da Governança do Centro de Governo" (título da Seção 3 do Referencial correspondente), há quatro mecanismos a serem avaliados pelo controle externo, a seguir destacados, os quais devem continuamente se interligar com a "necessidade das partes interessadas" (p. 32 do Referencial): **estratégia, coordenação, supervisão** e **transparência**. Cada um desses mecanismos – que se desdobram em "Funções de Centro de Governo" – está assim definido no Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo:

> O mecanismo de governança denominado **Estratégia** se refere ao papel do Centro de Governo de estabelecer a perspectiva estratégica integrada do governo, de modo a garantir coerência e continuidade das ações dos ministérios e órgãos/entidades orientadas a resultados, e garantindo que o processo de orçamento seja feito em compasso com o planejamento estratégico governamental amplo.
>
> O mecanismo de governança intitulado **Coordenação** envolve o papel do Centro de Governo de garantir a cooperação dos ministérios e órgãos/entidades em prol do desenvolvimento de políticas consistentes umas com as outras, alinhadas às prioridades integradas do governo, eficientes, oportunas e sustentáveis em termos de orçamento.
>
> O mecanismo de governança **Supervisão** envolve o papel do Centro de Governo de garantir que as políticas priorizem os compromissos contidos no plano de governo para garantir o bom desempenho e assegurar a alta qualidade dos serviços públicos. Isso se obtém por meio de monitoramento, medição de desempenho por meio de indicadores, comunicação com partes interessadas e respostas acerca dos resultados alcançados.

---

[4] Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/F7/61/FC/79/7351F6107AD96FE6F18818A8/Referencial_avaliacao_governanca_centro%20de%20governo_portugues.pdf> – acesso em 26/8/2022.

[5] Lei 13.844/2019 ("Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios (...)" – excerto da ementa):
"Art. 2º Integram a Presidência da República:
I - a Casa Civil;
II - a Secretaria de Governo;
III - a Secretaria-Geral;
IV - o Gabinete Pessoal do Presidente da República;
V - o Gabinete de Segurança Institucional; e
VI - (Revogado pela Medida Provisória nº 1.124, de 2022)
§ 1º Integram a Presidência da República, como órgãos de assessoramento ao Presidente da República:
I - o Conselho de Governo;
II - o Conselho Nacional de Política Energética;
III - o Conselho do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República;
IV - o Advogado-Geral da União; e
V - a Assessoria Especial do Presidente da República.
§ 2º São órgãos de consulta do Presidente da República:
I - o Conselho da República; e
II - o Conselho de Defesa Nacional."

O mecanismo de governança **Transparência** se relaciona ao papel do Centro de Governo de promover a comunicação aberta, voluntária e transparente das atividades e resultados dos órgãos/entidades da Administração Pública, o que pode ser útil para encorajar a melhoria do desempenho, bem como para garantir a responsabilização e prestação de contas.
(p. 17 e 18 do Referencial – grifos do original)

8. Por meio da análise dos mecanismos de estratégia, coordenação e transparência, mas sem o objetivo de substituir as conclusões do Tribunal quanto à atuação do CG brasileiro nas ações de combate à Covid-19 – Acórdãos 1.616/2020, 2.092/2020, 4.075/2020 e 1.533/2021, todos do Plenário do TCU e sob a relatoria do Ministro Vital do Rêgo –, apresentam-se as avaliações que se seguem.

ESTRATÉGIA E COORDENAÇÃO

9. A partir do final de janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional em decorrência do coronavírus identificado na China ao final de 2019[6] e, em seguida, com o advento da pandemia declarada pela referida instituição internacional em 11/3/2020[7], os países começaram a direcionar esforços para o enfrentamento da doença e de seus efeitos socioeconômicos.

10. No Brasil, considerando, num primeiro momento, a declaração de janeiro da OMS, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), por meio da Portaria MS 188, de 3/2/2020[8], e, em seguida, aprovada a Lei 13.979, de 6/2/2020, que dispõe "sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019".

11. Após a OMS alterar o *status* da Covid-19 para pandemia, o parlamento brasileiro, em resposta à solicitação do Presidente da República, encaminhada ao Congresso Nacional por meio da Mensagem 93, de 18/3/2020[9], reconheceu "para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (...), a ocorrência do **estado de calamidade pública**, com efeitos até 31 de dezembro de 2020" (grifo nosso), nos termos do art. 1º do Decreto Legislativo 6, de 20/3/2020.

12. Em 22/4/2022, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Portaria MS 913, editada na mesma data de sua publicação, por meio da qual foi declarado o encerramento da Espin, com vigência a partir de trinta dias após a publicação da referida portaria, apesar de a Covid-19 ainda manter o *status* de pandemia perante a OMS. Restou revogada, portanto, a Portaria MS 188/2020.

13. Passados, aproximadamente, 2,5 anos, considerado o período em que vigorou a Espin, pode-se destacar que a estratégia do CG brasileiro foi, especialmente no início da proliferação da doença no País, de ceticismo diante da possibilidade de agravamento da situação – o que, infelizmente, veio a ocorrer.

---

[6] Declaração da OMS disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)> – acesso em 26/8/2022.

[7] Declaração da OMS disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> – acesso em 15/8/2022.

[8] Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html> – acesso em 26/8/2022. A Portaria MS 188/2020 foi editada a partir das disposições do Decreto 7.616/2011, que disciplina a declaração de Espin pelo Poder Executivo federal, por meio de ato do Ministro de Estado da Saúde.

[9] O Presidente da República, por meio da Mensagem 93/2020, solicitou ao Congresso Nacional o reconhecimento da ocorrência de calamidade pública com efeitos até 31/12/2020 (disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1867428> – acesso em 26/8/2022.

14. O Painel Interativo do MS[10], alimentado com dados do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia o desenrolar da pandemia no Brasil no período de 27/3/2020 a 31/8/2022:

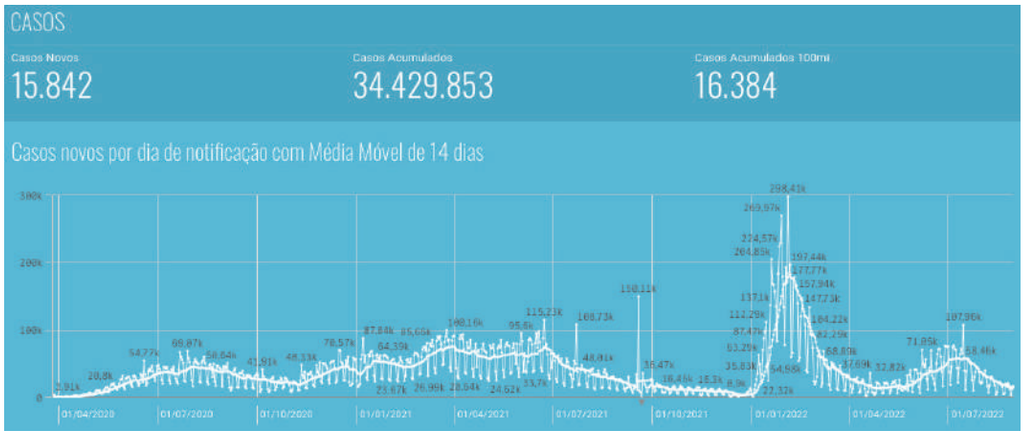


Figura 5 – Casos novos por dia de notificação com média móvel de 14 dias

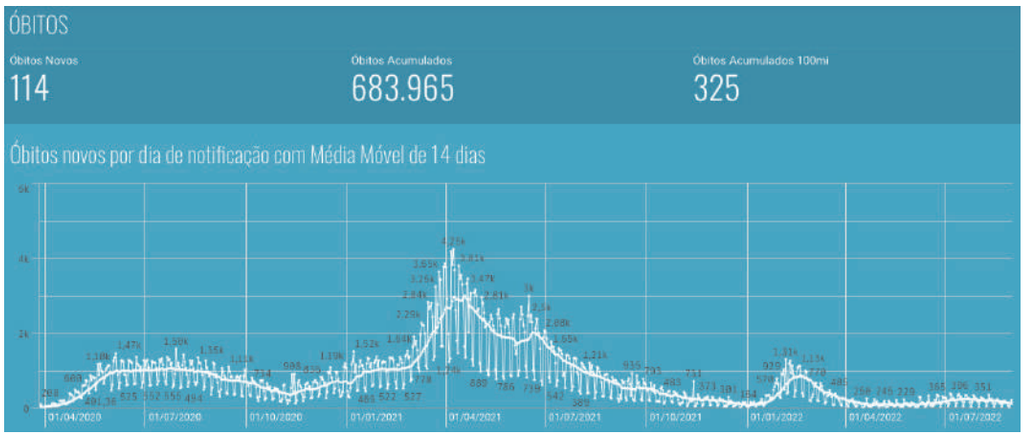


Figura 6 – Óbitos novos por dia de notificação com média móvel de 14 dias

15. Como é notório, houve uma percepção equivocada – e em boa medida persistente – do alto escalão dirigente do País com relação aos possíveis desdobramentos da crise que se iniciou nos primeiros meses do ano de 2020, sendo bastante ilustrativa a situação da falta de fornecimento de oxigênio medicinal aos pacientes hospitalizados na cidade de Manaus, no mês de janeiro de 2021 – assunto a ser adiante abordado, objeto de análise pelo Tribunal no TC 000.344/2021-4, apreciado pelo Acórdão 676/2022-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler).

16. Levando em conta a referida percepção equivocada e a fim de avaliar como decorreu o exercício dos mecanismos de estratégia e coordenação pelo CG a partir da deflagração da pandemia, deve-se ressaltar, preliminarmente, o papel dele esperado, de acordo com o Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo:

> Cabe ao Governo Central <u>estruturar a agenda governamental</u> observando não apenas o planejamento estratégico, mas as informações do entorno social e político. Mencione-se que o programa governamental deve ser atualizado quando da mudança de contextos e **crises não previstas**, de modo a garantir que novas prioridades estejam dentro da orientação estratégica do governo. (p. 33 do Referencial – grifos nossos)

[10] Disponível em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html> – acesso em 26/8/2022.

17. Com relação ao mecanismo de coordenação, o Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo destaca que "No nível político, **coordenar e assegurar coerência política da gestão** é provavelmente a função mais essencial do CG." (p. 40 do Referencial – grifo nosso). Esclarece, ainda, que:

> A coordenação política se refere ao relacionamento do Centro de Governo com o Poder Legislativo, aliados, ministérios de linha, sociedade civil organizada, setor privado, grupos de interesse e opinião pública, considerando que apenas o CG tem uma **visão transversal** das prioridades do governo e poder político de barganha suficiente. (p. 40 do Referencial – grifos nossos)

18. Desde o início da pandemia, o TCU buscou acompanhar a governança do CG por intermédio das ações do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 – coordenado pelo Ministro de Estado Chefe da Casa Civil/PR –, instituído pelo Decreto 10.277/2020 (revogado), o qual contava com apoio do Centro de Coordenação de Operações do Comitê de Crise (CCOP)[11] e de outras instâncias, como o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), instituído pelo Decreto 10.211/2020 (vigente), e o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), instituído pela revogada Portaria MS 188/2020.

19. Em maio de 2021, com a criação da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (SeCovid/MS) pelo Decreto 10.697/2021, foram por ela absorvidas as competências então afetas ao COE-nCoV, as quais haviam sido objeto da seguinte determinação do Tribunal ao MS, por intermédio do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário: "9.1.3. nos termos do art. 10, inciso V, alíneas "c" e "d, do Decreto 7.616/2011, adeque as competências do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV);".

20. Referida determinação conta com proposta da SecexSaúde de declaração da perda de objeto (subitem "IX" do parágrafo 934 do relatório à peça 605, p. 134), como decorrência da mencionada absorção de competências pela SeCovid/MS. Sobre essa unidade da estrutura do MS, a SecexSaúde consignou os seguintes comentários no relatório à peça 605 (p. 64):

> 405. Em relação à estrutura montada para enfrentamento da pandemia, **a criação da Secovid para tratar exclusivamente das demandas da Covid-19 direcionou a coordenação dessas ações para esse órgão especializado**, todavia, as demais áreas do Ministério da Saúde continuaram a prestar seus serviços de forma integrada para atender também a essas demandas, como a SAES, SAPS, SCTIE, SGTES, SE. Estes órgãos, além de suas funções ordinárias, passaram atender, dentro de suas competências, as demandas da Covid-19. (grifos nossos)

21. Ocorre que, posteriormente à formalização do relatório de peça 605, em 20/6/2022, deu-se a extinção da SeCovid/MS, considerando que o Decreto 10.697/2021, de sua criação, foi revogado em 12/7/2022, data que entrou em vigor o Decreto 11.098, de 20/6/2022, conforme se depreende dos seguintes dispositivos:

> Art. 8º Ficam revogados:
>
> (...)
>
> V - o Decreto nº 10.697, de 10 de maio de 2021.
>
> Art. 9º Este Decreto entra em vigor em 12 de julho de 2022.

---

[11] Decreto 10.277/2020:
"Art. 4º-A O Comitê contará com o **Centro de Coordenação de Operações do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19**, com o objetivo de:
I - coordenar as operações do Governo federal, conforme determinado pelo Comitê;
II- articular, com os entes públicos e privados, ações de enfrentamento da **covid-19** e de seus impactos;
(...)" (grifos nossos e do original)

22. Nota-se que, mesmo sem a OMS ter decretado, até o momento, o fim da pandemia, o governo federal decidiu pela extinção da unidade especializada do MS que coordenava as ações para o combate da Covid-19, o que sinaliza a perda de *status* do tema no ministério, o qual passará a ser pulverizado no exercício usual das competências das demais secretarias do órgão que, anteriormente, interagiam com a SeCovid/MS.

23. O MP/TCU vislumbra, a partir dessa alteração de estrutura no âmbito do MS, prejuízo não só em relação ao nível de atenção anteriormente conferido ao combate à Covid-19, mas, também, dificuldades que podem vir a afetar os trabalhos do TCU nas futuras etapas do presente acompanhamento, em vista da mencionada dispersão do tema em diversas unidades do ministério.

24. Nesse sentido, cabe mencionar uma das mais relevantes competências da extinta SeCovid/MS, prevista no Anexo I do então vigente Decreto 9.795/2019 (com a alteração introduzida pelo Decreto 10.697/2021), que pode vir a deixar de ser executada a contento, conforme preconizado pelo mecanismo de transparência do Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo (adiante detalhado): "dar transparência às ações e às medidas relativas ao enfrentamento da pandemia da **covid-19**." (inciso IV do art. 46-A do Anexo I do Decreto 9.795/2019 – grifos nossos e do original).

25. Nesse cenário de alteração de estrutura administrativa no âmbito do MS, com a consequente perda de foco quanto ao tema do combate à Covid-19 no âmbito do ministério, reputam-se bastante pertinentes as propostas de recomendação da SecexSaúde indicadas nos subitens "a1" e "a2" da letra "a" do subitem II do parágrafo 934 do relatório à peça 605 (p. 133). Tais propostas, mesmo com o encerramento da Espin, dão ênfase à necessidade de se dar continuidade ao acompanhamento das medidas a serem adotadas pelo MS com vistas à (a) definição de responsabilidades sobre as ações relacionadas ao Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus que continuarão sendo executadas (subitem "a1") e ao (b) estabelecimento de um plano que preveja as estratégias do órgão caso haja um recrudescimento do cenário epidemiológico (subitem "a2").

26. Conforme destaquei no parecer proferido no TC 000.344/2021-4 (peça 114 desses autos), desde os primeiros meses de enfrentamento da crise da Covid-19, já era possível perceber a ausência de planejamento e coordenação federal no enfrentamento da pandemia, nos termos destacados pelo Ministro Vital do Rêgo no voto que fundamentou o Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário, prolatado em 24/6/2020:

> 57. A ausência de uma diretriz estratégica clara de enfrentamento ao novo coronavírus no país, com objetivos estabelecidos, a ser comunicada e implementada a nível nacional, em articulação com os demais entes federados, prejudica a efetividade das ações de coordenação, articulação, supervisão e monitoramento dos resultados e impactos das ações implantadas, além de ocasionar desperdício de recursos humanos e financeiros.
>
> 58. Ainda que caiba a prefeitos e governadores estabelecerem parte das medidas para o enfrentamento ao coronavírus, nos respectivos entes federados, cabe ao CG o papel de propor diretrizes estratégicas e os objetivos a serem atingidos, bem como articular e coordenar sua implantação com os demais órgãos e entidades da administração pública nos três níveis.
>
> 59. A dimensão do país, bem como as variações socioeconômicas, sanitárias, de densidade populacional e até mesmo culturais entre as diversas regiões do país devem ser consideradas ao estabelecer diretrizes estratégicas efetivas de combate à epidemia do novo coronavírus, assim como na implantação [da] política pública. (...)
>
> 60. Sem diretrizes claras de como será feito o combate à doença no país, **o CG assume postura meramente reativa diante da pandemia, organizando-se prioritariamente para atender demandas**. (...)
> (grifos nossos)

27. A ausência de diretriz clara do governo federal para o enfrentamento da crise de saúde pública motivou o Tribunal a direcionar à Casa Civil/PR o seguinte alerta, por meio do Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário:

9.1. alertar à Casa Civil da Presidência da República que a **ausência de diretriz estratégica clara de enfrentamento à Covid-19**, com a respectiva gestão de riscos, bem como a ausência de um plano de comunicação coordenado e abrangente, pode comprometer os gastos e os resultados do enfrentamento à pandemia e impedir uma efetiva coordenação política e articulação entre órgãos e entidades, federais e subnacionais, com fulcro no art. 59, § 1º, inciso V, da Lei Complementar 101/2000; (grifos nossos)

28. Tal alerta foi ao encontro de duas das competências previstas no então vigente – em 2020 – Decreto 9.678/2019 para a Casa Civil/PR, em seu papel de assistência direta ao Presidente da República, quais sejam, "coordenação e (...) integração das ações governamentais" e "avaliação e (...) monitoramento da ação governamental e da gestão dos órgãos e das entidades da administração pública federal" (art. 1º, inciso I, alíneas "a" e "c", do Anexo I do decreto).

29. Em, ao menos, duas outras ocasiões, o Tribunal externou sua compreensão de que não estavam sendo executados a contento os mecanismos de estratégia e de coordenação pelo CG, conforme evidenciam os trechos dos votos proferidos pelo Ministro Vital do Rêgo nas seguintes deliberações, em processos relatados por Sua Excelência:

a) Acórdão 4.075/2020-TCU-Plenário:

20. De se observar, portanto, que, de modo geral, a diretriz estratégica elaborada pelo Governo Federal para enfrentamento à Covid-19, apesar de tentar refletir as ações que vêm sendo adotadas nos diversos eixos temáticos, apontando a contribuição de cada pasta ministerial envolvida, não espelha, de fato, um esforço sinérgico e coordenado por parte da Casa Civil da Presidência da República.

21. As inconsistências detectadas nos planos que compõem a referida diretriz estratégica, uma vez não corrigidas, têm elevado potencial de comprometer a obtenção dos resultados que se pretendem alcançar com sua implementação, podendo gerar desperdício de esforços e de recursos a serem alocados às ações estabelecidas.
(grifos nossos)

b) Acórdão 1.533/2021-TCU-Plenário:

11. As informações trazidas pela equipe da SecexAdmin dão conta de **que o Governo Federal não vem exercendo a contento suas atribuições de planejador central para a elaboração de cenários, identificação de riscos e estabelecimento de ações necessárias ao combate e enfretamento da pandemia de Covid-19**, nos termos do que seria esperado diante das disposições dos Decretos 10.277/2020, 10.404/2020 e 10.289/2020 e das atribuições do Comitê de Crise e do CCOP.

(...)

15. O que se tem observado, no âmbito deste processo de acompanhamento das ações de governança do Centro de Governo, é uma certa **hesitação do governo central em assumir a protagonismo que dele é esperado na condução das ações de combate à essa grave crise de saúde**, de sorte a bem coordenar a adoção de ações nas diversas áreas de atuação estatal e em conjunto com os demais entes federados.
(grifos nossos)

30. Nota-se, especialmente a partir da opinião externada no âmbito do Acórdão 1.533/2021-TCU-Plenário – considerando que tal deliberação foi prolatada em junho de 2021 –, que, transcorrido mais de um ano após a declaração da Espin, ainda não havia atuação do CG de modo a, de fato, **liderar os esforços nacionais com vistas ao combate à pandemia**, na forma preconizada como "boa prática" pelo Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo (mecanismo de coordenação), que assim prescreve:

Respostas do governo a todos os problemas-chave transversais são tratados a partir de uma perspectiva integrada do governo, com a **liderança do CG** articulando os ministérios e órgãos relevantes, protocolos para troca de informação e tomada de decisão, e combinando recursos para lidar com a questão. (p. 45 do Referencial – grifos nossos)

31. No momento, considerando a extinção da SeCovid/MS e as críticas destacadas pela SecexSaúde quanto ao final abrupto da Espin (parágrafo 409 do relatório à peça 605, p. 64), não se vislumbra futuro cenário positivo para o combate à Covid-19 no âmbito do governo federal em caso de recrudescimento da pandemia, ante a perda de foco e o histórico de falta de liderança dos principais agentes do CG na condução das políticas de enfrentamento da pandemia – compreendida a liderança como o "**comprometimento** dos agentes dos mais altos níveis políticos e gerenciais do setor público" com vistas ao alcance do "sucesso no desenvolvimento e implementação dos valores, estratégias, políticas e processos necessários à **boa governança** e à melhoria dos resultados que são entregues à sociedade." (p. 54 do Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU – grifos nossos).

TRANSPARÊNCIA

32. Transparência, na acepção do Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU, "(...) diz respeito a permitir que a sociedade obtenha informações atualizadas sobre operações, estruturas, processos decisórios, resultados e desempenho do setor público" (p. 45 do mencionado Referencial). Nessa missão, o papel do CG é o de "(...) coordenar a estratégia de comunicação governamental e ter certeza de que os demais órgãos governamentais seguirão esta estratégia em comum." (p. 51 do Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo).

33. Quanto ao mecanismo de transparência, foi possível constatar, entre outras falhas e irregularidades, a atuação errática do CG na área de comunicação em relação ao combate à Covid-19, em desacordo com seu papel anteriormente descrito, especialmente por dois motivos:

a) descasamento e até contradição entre as ações de comunicação do MS – mesmo com limitações –, em prol dos protocolos de higiene, distanciamento social e outras formas de orientação da população para evitar a propagação da Covid-19 – incluso o incentivo à vacinação e ao uso máscaras –, e informações disseminadas por autoridades do mais alto nível do CG;

b) incentivo à adoção, pela população, de medicamentos sem eficácia comprovada, a exemplo da hidroxicloroquina, inclusive por meio da utilização de aplicativo como o TrateCov[12], associado à divulgação de supostos benefícios do "kit Covid" e do "tratamento precoce"[13].

34. As limitações do MS quanto à transparência/comunicação foram objeto de avaliação pelo TCU em mais de uma ocasião.

35. Conforme transcrito anteriormente, o subitem 9.1 do Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário, além de ter alertado a Casa Civil/PR quanto à "ausência de diretriz estratégica clara de enfrentamento à Covid-19", apontou a "**ausência de um plano de comunicação coordenado e abrangente**" (grifo nosso), o que reforça a opinião anteriormente emitida, de atuação errática do governo federal na área de comunicação desde 2020.

---

[12] Excerto do relatório que integrou o Acórdão 1.780/2021-TCU-Plenário (relator Ministro Vital do Rêgo):
"O **TrateCov** pode ser considerado uma "ferramenta de apoio a decisão" para os usuários que a utilizam pois, a partir de dados inseridos, a aplicação sugere (ou não) um diagnóstico de Covid-19 e procedimentos de condutas médicas, incluindo a prescrição de medicamentos para tratamento precoce." (grifos nossos)

[13] Vide exemplo de ação governamental equivocada na rede Twitter: <https://twitter.com/minsaude/status/1349159477111476225> – acesso em 26/8/2022. Sobre o tema, foi deferida, em 29/4/2021, tutela provisória de urgência na Ação Popular 5007203-04.2021.4.03.6100, em curso na 6ª Vara Cível Federal de São Paulo – Justiça Federal da 3ª Região, no sentido de que a Secretaria Especial de Comunicação Social do governo federal, entre outras medidas: "(...) se abstenha de patrocinar ações publicitárias, por qualquer meio que seja, que contenham referências, diretas ou indiretas, a medicamentos sem eficácia comprovada contra a covid-19, especialmente com expressões como "tratamento precoce" ou "kit-covid" ou congêneres;" (disponível em: <https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2021/2021-04-30-tratamentocovid.pdf> – grifo nosso – acesso em 15/8/2022).

36. Em outro acórdão prolatado em 2020 (nº 2.817, do Plenário do TCU – relator Ministro Benjamin Zymler – sessão de 21/10/2020), o Tribunal evidenciou que não havia, à época, estratégia clara de comunicação oriunda do governo federal, conforme se verifica dos termos da seguinte determinação dirigida ao MS:

> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde (...) que (...):
>
> 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;
>
> (grifos nossos)

37. Por ocasião da apreciação do quinto relatório de acompanhamento, no TC 014.575/2020-5, autuado com o objetivo de, entre outros, avaliar a estrutura de governança adotada pelo MS para o combate à crise gerada pelo novo coronavírus, foi dirigida mais uma determinação ao ministério, por meio do subitem 9.1.1.1 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler), *in verbis*:

> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde (...) que (...):
>
> (...)
>
> 9.1.1.1. **execute plano de comunicação**, buscando articulação com os entes subnacionais, com o intuito de **esclarecer toda a população** realçando, a título de exemplo, a importância das medidas de prevenção e vacinação, tais como, combate a notícias falsas e a divulgação de medidas não farmacológicas de eficácia comprovada, como etiqueta respiratória, higienização frequente de mãos, uso de máscaras, regras de distanciamento social, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados;
> (grifos nossos)

38. Ficou evidente que as falhas de transparência do CG não permitiam que o MS disponibilizasse à sociedade um plano claro e eficiente para comunicar quais medidas eficazes deveriam ser adotadas para o combate à Covid-19. Daí resultou a autuação do **TC 037.480/2021-9** (relator Ministro Benjamin Zymler – processo em trâmite), no qual foi ordenada a adoção da seguinte providência, nos termos do subitem 9.4.1 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário:

> 9.4. constituir processo apartado específico para apuração da responsabilidade dos gestores em razão da:
>
> 9.4.1. **não implementação de medidas de comunicação efetivas para o combate à pandemia**, em desacordo com o disposto no art. 16, inciso III e parágrafo único, da Lei 8.080/1990, e no art. 10, § 1º, incisos I, II e IV, do Decreto 7.616/2011 e art. 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, bem como avaliar a economicidade, legitimidade, eficácia e efetividade dos gastos do Ministério da Saúde com comunicação;
> (grifo nosso)

39. Adiante, será abordada a necessidade de que sejam adotadas providências internas ao Tribunal para que seja dado prosseguimento ao TC 037.480/2021-9.

40. À peça 494 do TC 014.575/2020-5, consta despacho do chefe da Assessoria de Comunicação Social/MS, de 2/9/2021, por meio do qual foram detalhadas as ações de comunicação realizadas em

2020 e aquelas que estavam em desenvolvimento ou com expectativa de que seriam executadas em 2021. À peça 605, no relatório do acompanhamento referente a este TC, consta a seguinte constatação da SecexSaúde, em relação ao presente exercício:

> 647. Na análise do item em monitoramento de determinações e recomendações (tópico 8), verificou-se que **não foram informadas ações de comunicação institucional para 2022**, sendo apresentadas intervenções nos anos de 2020 e primeiro semestre de 2021, havendo proposta de considerar parcialmente atendidas as determinações. Sugere-se a continuidade do acompanhamento dessa temática no ciclo vindouro. (grifos nossos)

41. Nota-se, portanto, que, além de haver medidas, em andamento, que podem acarretar a futura responsabilização pelo TCU de gestores do MS, por irregularidades relacionadas à ausência, à ineficácia e/ou à limitação das ações de comunicação do governo federal relacionadas ao combate à Covid-19, ainda não são conhecidas pelo Tribunal as ações de comunicação que estão sendo levadas a efeito pelo órgão no presente exercício.

42. Pertinentes, portanto, as propostas da SecexSaúde de considerar em cumprimento parcial a determinação do subitem 9.1.1.1 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário e de recomendar ao MS outras providências relacionadas à transparência/comunicação no combate à Covid-19 (subitem "a.1" da letra "a" do item II do parágrafo 934 do relatório à peça 605, p. 133).

43. Considerando a revogação de parte das normas indicadas na letra "a" do item II do parágrafo 934 do relatório à peça 605[14] (p. 132), o MP/TCU sugere, adiante, que a referida proposta da SecexSaúde tenha o seguinte teor:

> a) nos termos dos arts. 16, § 1º, da Lei 8.080/1990, 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, e 1º e 2º da Portaria MS 913/2022[15], no dever de precaução e nos princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, dando publicidade aos atos instituídos (**item 3.1.1**): (...) (grifo do original)

44. Com referência ao segundo tópico anteriormente apontado, atinente ao empenho do governo federal em incentivar o uso, pela população e pelos profissionais de saúde, de medicamentos sem eficácia comprovada – no contexto dos denominados "kit Covid" ou "tratamento precoce" –, deve-se relembrar que este membro do MP/TCU ressaltou, no âmbito do **TC 037.082/2020-5**[16], o caráter temerário dessa iniciativa levada a efeito pelo MS, com suporte em discurso oriundo do mais alto escalão do CG.

45. Naquele processo, contudo, dado o recorte restritivo da representação, que apontava suposta contradição entre as "Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19", veiculadas por meio da Nota Informativa 17/2020-SE/AGB/SE/MS, de 10/8/2020, e os resultados provisórios de um estudo específico da OMS, este membro do Ministério Público concordou com a proposta da SecexSaúde, pela improcedência da representação autuada no TC 037.082/2020-5:

> (...) haja vista o estrito recorte da análise empreendida, circunscrita aos contornos do questionamento objeto desta representação (suposta contradição entre as "Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da

[14] A exemplo da referência ao art. "46-A, inciso I, do Decreto 9.795/2019, alterado pelo Decreto 10.697/2021", considerando que o referido decreto de 2021 foi revogado pelo art. 8º, inciso V, do Decreto 11.098/2022.

[15] Em substituição ao art. 3º, inciso V, letra "d", da Portaria MS 188/2020, mencionado pela SecexSaúde na letra "a" do item II do parágrafo 934 do relatório à peça 605.

[16] Representação formulada pelo MP/TCU, representado pelo Subprocurador-Geral Lucas Rocha Furtado, tendo como foco a suposta aquisição, pelo governo federal, de medicamentos considerados ineficazes pela OMS para uso contra a Covid-19 – remdesivir, hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir (combinação) e interferon beta-1 –, nos termos de estudo, relativo a resultados provisórios, publicado pela referida instituição internacional em 15/10/2020. A representação foi conhecida e determinado seu apensamento ao TC 019.895/2020-8, para análise em conjunto e em confronto, por força do Acórdão 751/2021-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler).

COVID-19" e o sobredito estudo da OMS[17]) (...) (excerto do parecer do MP/TCU à peça 35 do TC 037.082/2020-5, p. 3 – grifo nosso)

46. Sugeriu-se, todavia, que a análise da legitimidade daquela Nota Informativa 17/2020-SE/AGB/SE/MS fosse aprofundada "no âmbito do TC 019.895/2020-8 ou em outro(s) processo(s) de controle externo relacionado(s) ao enfrentamento da Covid-19", em vista da ausência de evidência científica da eficácia, segurança e efetividade dos medicamentos aludidos naquele documento do MS frente aos fins propostos (parecer do MP/TCU à peça 35 do TC 037.082/2020-5, p. 8).

47. Embora ainda não tenha ocorrido o desfecho do TC 019.895/2020-8, cabe adiantar que as mais recentes "Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com Covid19", cuja elaboração foi coordenada pelo MS e aprovada em 7/12/2021 pelo Plenário da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), no contexto de recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)[18], apresentaram, em suma, as seguintes conclusões:

5. TRATAMENTO

Poucas terapias medicamentosas mostraram-se eficazes no tratamento ambulatorial de paciente com covid-19.

(...)

12. Cloroquina/hidroxicloroquina

- <u>Recomendamos não utilizar hidroxicloroquina/cloroquina</u>, isolada ou em associação com <u>azitromicina</u>, em pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid-19, em tratamento ambulatorial (recomendação forte, certeza da evidência moderada).

Considerações gerais a respeito do uso de cloroquina/hidroxicloroquina em pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid-19, em tratamento ambulatorial:

 A cloroquina e a hidroxicloroquina não devem ser utilizadas, independentemente da via de administração (oral, inalatória ou outras);

 Pacientes em uso de cloroquina ou hidroxicloroquina devido a outras condições de saúde (ex. doenças reumatológicas, malária) devem manter o seu uso.

13. Ivermectina

- Sugerimos não utilizar ivermectina em pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid-19, em tratamento ambulatorial (recomendação condicional, certeza da evidência baixa).

Considerações gerais a respeito do uso de ivermectina em pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid-19, em tratamento ambulatorial:

 O painel de recomendações considerou que, apesar de não poder descartar benefício e o medicamento ser relativamente seguro, no momento não há evidência suficiente para indicar o seu uso de rotina.

(...)

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento da infecção pelo SARS-CoV-2 e de sua terapêutica evoluiu significativamente ao longo dos últimos 12 meses (...).

---

[17] Referência ao estudo da OMS denominado "*'Solidarity' clinical trial for COVID-19 treatments*" (peça 27 do TC 037.082/2020-5).

[18] Vide art. 19-T, parágrafo único, incisos I e II, da Lei 8.080/1990.

Como aspecto positivo, diversas terapias ineficazes foram descartadas, de forma a promover a economia de recursos com o abandono de seu uso, como o caso da azitromicina e da hidroxicloroquina.
(peça 60 do TC 019.895/2020-8, p. 29, 34 e 35 – grifos nossos e do original)

48. Quanto à defesa de tratamentos baseados em medicamentos sem eficácia comprovada, pode-se concluir que os gestores que os aprovaram/incentivaram, tanto do MS como aqueles do CG[19], incorreram em **condutas temerárias**, com reflexos econômicos (gastos na aquisição dos insumos ou diretamente com a compra dos referidos medicamentos), o que evidencia, mais uma vez, o caráter errático na execução do mecanismo de transparência por parte do governo federal no combate à Covid-19.

OXIGÊNIO – MANAUS

49. Encontra-se apensado aos presentes autos o TC 000.344/2021-4, representação da SecexSaúde, com fulcro no art. 237, inciso VI, do Regimento Interno do TCU, acerca de possíveis irregularidades na gestão de recursos e na prestação de serviços de saúde no SUS, em função da falta de fornecimento de oxigênio aos pacientes hospitalizados no estado do Amazonas em decorrência da Covid-19, no mês de janeiro de 2021.

50. Este representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União emitiu parecer no referido processo (peça 114 da mencionada representação), concordando parcialmente com a proposta da SecexSaúde. Propôs, adicionalmente, a realização de audiência do Ministro de Estado da Saúde à época, Sr. Eduardo Pazuello; do Secretário da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), Sr. Luiz Otávio Franco Duarte; e do Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (SCITE/MS), Sr. Hélio Angotti Neto, em decorrência de omissões na adoção de medidas capazes de evitar o agravamento da crise de abastecimento de oxigênio medicinal na cidade de Manaus/AM.

51. Ao deliberar sobre o TC 000.344/2021-4, o TCU exarou o Acórdão 676/2022-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler), no qual:

i) conheceu da representação;

ii) determinou que, no prazo de sessenta dias, o Ministério da Saúde elaborasse plano de ação para monitorar o abastecimento de oxigênio medicinal nos entes subnacionais, enquanto perdurasse a Espin;

iii) determinou à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh que apresentasse ao Tribunal o resultado do processo de apuração do descumprimento parcial de contrato firmado com a empresa White Martins, pela falta de fornecimento contínuo de oxigênio, em janeiro de 2021, no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV); e

iv) determinou a juntada do TC 000.344/2021-4 ao apartado constituído em decorrência do subitem 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler), para apurar eventual responsabilidade dos gestores em razão da: (a) não implementação de medidas de comunicação efetivas para o combate à pandemia; (b) omissão na implementação de medidas efetivas de assistência farmacêutica; e (c) omissão na implementação de política nacional de testagem da covid-19 (o processo apartado foi constituído sob o TC 037.480/2021-9).

52. Na decisão acima mencionada, acompanhando entendimento expressado pelo relator no voto condutor, o Tribunal considerou que as propostas de audiência sugeridas por este membro do Ministério Público poderiam ser mais bem avaliadas no referido apartado. O relator entendeu que, adotando essa providência, poderia se preservar a visão de conjunto e avaliar adequadamente a

[19] Vide notícia intitulada "A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid" (disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743> – acesso em 16/8/2022). Ver, também, transmissão do evento "Brasil vencendo a Covid-19" (a partir de 40´30"), no seguinte *link*: <https://www.youtube.com/watch?v=B4PqnnALIjw> (acesso em 18/8/2022).

condução da gestão do MS como um todo. Assim, conforme definido no subitem 9.4 do Acórdão 676/2022-TCU-Plenário, a ausência de monitoramento do consumo de oxigênio medicinal seria mais um tópico de exame (além dos mencionados no item "iv" do parágrafo acima) a ser promovido nos autos do processo apartado constituído por força do subitem 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário.

53. Saliente-se que o Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário foi exarado no âmbito do quinto ciclo de acompanhamento realizado pelo Tribunal das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para o combate à crise gerada pelo coronavírus – TC 014.575/2020-5. Além da constituição de apartado, nele foi determinada, também, a audiência de gestores por descumprimento de decisão do TCU (subitem 9.3).

54. A despeito da determinação para que o TC 000.344/2021-4 fosse juntado ao processo apartado comentado acima (TC 037.480/2021-9), o processo foi juntado ao presente acompanhamento.

55. Observamos adicionalmente que, na lista dos processos conexos contida na instrução da unidade técnica (peça 605, p. 2), não há menção ao TC 037.480/2021-9.

56. Dessa forma, este representante do *Parquet* de Contas propõe que o TC 000.344/2021-4 seja desapensado dos presentes autos e juntado ao TC 037.480/2021-9, em cumprimento ao subitem 9.4 do Acórdão 676/2022-TCU-Plenário, para que a unidade técnica possa avaliar a conduta dos gestores de maneira conjunta.

57. Registre-se que tal medida não implicará prejuízo ao andamento do TC 037.480/2021-9, pois as providências visando à apuração da responsabilidade dos gestores, determinadas no subitem 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, ainda não foram efetuadas, ao contrário das sugeridas no subitem 9.3 dessa deliberação, que, no entanto, não foram ainda analisadas.

58. O referido subitem 9.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário (TC 014.575/2020-5) determinou a audiência do Ministro de Estado da Saúde e de ex-secretários da pasta, sem deixar claro em qual processo tal medida deveria ser efetivada: se no próprio acompanhamento (TC 014.575/2020-5) ou no processo apartado (TC 037.480/2021-9) previsto no subitem 9.4 do mesmo acórdão.

59. Verificamos que os ofícios das audiências previstas no subitem 9.3 foram juntados ao TC 014.575/2020-5 (peças 452-455), bem como as razões de justificativas apresentadas pelos responsáveis (peças 472-488).

60. Considerando que as referidas razões de justificativas não foram analisadas até o momento; que processos de acompanhamento não são os mais adequados para avaliar a responsabilização de gestores[20]; e, sobretudo, considerando que os termos das audiências determinadas nos subitens 9.3 e 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário se referem praticamente às mesmas irregularidades, perpetradas por distintos agentes, a análise das razões de justificativa de todos os responsáveis e de suas respectivas condutas seria mais efetiva se estivesse em um único processo.

61. Por isso, propomos que sejam juntadas ao TC 037.480/2021-9 cópias das peças relacionadas às audiências determinadas no subitem 9.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, para análise em conjunto e em confronto com as demais audiências determinadas no subitem 9.4 do mesmo acórdão, bem como das audiências decorrentes das omissões na adoção de medidas capazes de evitar o agravamento da crise de abastecimento de oxigênio medicinal na cidade de Manaus/AM, apuradas no TC 000.344/2021-4, nos termos do voto do relator, Ministro Benjamin Zymler, no Acórdão 676/2022-TCU-Plenário, que considerou apropriado, a fim de preservar a visão de conjunto e avaliar adequadamente a condução da gestão do MS, que a questão da crise de abastecimento de oxigênio medicinal fosse tratada no referido TC 037.480/2021-9.

[20] Conforme orientações contidas no Manual de Acompanhamento, consultado no *link* a seguir: <http://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/normas-de-fiscalizacao/acompanhamento.htm>, acesso em 1/9/2022.

62. Ainda sobre o tema afeito ao oxigênio medicinal, verificamos que houve determinação do TCU para que o MS adotasse as seguintes providências, nos termos do subitem 9.2 do Acórdão 676/2022-TCU-Plenário:

> 9.2. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento nos arts. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992; 16, incisos VI e XVII e parágrafo único, da Lei 8.080/1990; 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011 e 1º, inciso II, 24, inciso VI, e 35, inciso III, do Decreto 9.795/2019, que, no prazo de sessenta dias, elabore plano de ação para monitorar o abastecimento de oxigênio medicinal nos entes subnacionais, **enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional**; (grifos nossos)

63. Como a Espin foi encerrada em abril de 2022, mediante Portaria GM/MS 913/2022, a determinação anterior perdeu seu objeto.

64. No entanto, devido à importância do tema, a SecexSaúde formulou proposta de recomendação para que o MS estabeleça normativo de orientação indicando as ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus que continuarão sendo executadas e a responsabilidade pelo seu implemento, especialmente as ações que envolvem, dentre outros fatores, medicamentos, insumos e oxigênio (peça 605, p. 132-133, item "a1").

65. **Este representante do *Parquet* sugere, adicionalmente, incluir no item "a3" (peça 605, p. 133) o consumo de oxigênio medicinal como um dos indicadores relacionados à Espin encerrada a serem monitorados junto a estados e municípios em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em eventuais cenários de elevação atípica de internações em decorrência de quadros respiratórios graves, mesmo que restritos a âmbitos locais ou regionais**, considerado, inclusive, o papel supletivo da União, que lhe impõe a viabilização do ressuprimento do insumo em caso de escassez grave, quando a imediata remediação do problema fuja às possibilidades dos entes subnacionais, colocando em risco a saúde das respectivas populações.

REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS

66. O capítulo 6 do relatório da SecexSaúde (peça 605, p. 80) aborda tema relevante para o cenário de aquisições de materiais e serviços durante o período de enfrentamento da Covid-19: a ausência de padronização dos procedimentos para cálculo das indenizações das aquisições de materiais e serviços objeto de requisição administrativa, medida prevista no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal; no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990; e no art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020.

67. Nos exercícios de 2020 e 2021, foram investidos valores da ordem de R$ 160 milhões em equipamentos, medicamentos de intubação orotraqueal, seringas, agulhas, máscaras, usinas de oxigênio, luvas, ventiladores pulmonares, dentre outros, por meio de requisições administrativas.

68. A unidade técnica destacou a utilização pelo MS de diversos critérios para estabelecimento do preço justo para os mesmos produtos e serviços (mediana, média ponderada, média e valores de registros de preços anteriores), decorrentes, em suma, de lacuna legal que oriente e normatize o tema, além da ausência de normas internas definidoras dos procedimentos a serem adotados no âmbito daquela pasta, a exemplo das responsabilidades de cada setor envolvido.

69. Para exemplificar as dificuldades enfrentadas pelo MS, no que se refere ao tema, a unidade técnica relatou desde ausência de códigos no Catálogo de Materiais (CATMAT), utilizado pela pasta para padronizar os produtos e facilitar a pesquisa de preços, à indefinição dos setores responsáveis pelas etapas necessárias para concretização de aquisições por meio de requisições administrativas.

70. Quanto aos critérios para cálculo de preços dos materiais requisitados, a SecexSaúde analisou diversos processos de requisição e elaborou tabelas comparativas demonstrando a

disparidade de preços de equipamentos e insumos a serem indenizados, em decorrência de distintos critérios de pesquisa de preço.

71. Destacamos, nesse sentido, a tabela 18 (peça 605, p. 88) que apresenta a disparidade de pesquisa de preços de 1.805 ventiladores pulmonares requisitados em quinze processos de requisição administrativa, sendo despendido o valor total, a título de indenização, de R$ 97,6 milhões.

72. Como bem destacou a SecexSaúde, qualquer tentativa de avaliar o justo valor de mercado para os produtos adquiridos através de requisição administrativa e, assim, detectar eventual dano ao erário advindo de eventuais preços pagos acima do praticado pelo mercado, esbarra na ausência de diploma legal a respeito do tema.

73. Por isso, a SecexSaúde ofereceu duas propostas sobre essa questão.

74. A primeira, no sentido de recomendar ao MS a adoção de providências para estabelecer procedimento interno com vistas a melhorar a qualidade da instrução processual em requisição administrativa de bens e serviços, definindo rotinas e procedimentos, nos termos dos princípios da eficiência e da razoabilidade (peça 605, p. 133, item "e").

75. A segunda proposta consistiu em recomendar à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia a elaboração de normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em requisições administrativas para estabelecimento de justa indenização (peça 605, p. 133, III).

76. Além do encaminhamento oferecido pela SecexSaúde, com o qual concordamos integralmente, **sugerimos, adicionalmente, incluir proposta de comunicar ao Congresso Nacional sobre a ausência de normatização de procedimentos de cálculo de indenizações para produtos e serviços adquiridos pelos entes federativos por meio de requisição administrativa, nas hipóteses previstas no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal; no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990; e no art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, para adoção das medidas que considerar cabíveis.**

VACINAS

77. O processo de produção e aquisição de vacinas pelo governo federal brasileiro não foi levado a efeito, especialmente nos primeiros meses de desenvolvimento da pandemia, em 2020, de modo ágil e devidamente planejado, a fim de que pudessem ter sido evitadas milhares de mortes.

78. Para ilustrar a preocupação do Tribunal com o tema das aquisições de vacinas contra a Covid-19, pode ser destacado o Acórdão 2.092/2020-TCU-Plenário (relator Ministro Vital do Rêgo – sessão de 12/8/2020), alterado pelo Acórdão 3.231/2020-TCU-Plenário (relator Ministro Bruno Dantas – sessão de 2/12/2020), por meio do qual foi dirigida a seguinte determinação ao MS:

> 9.2. determinar ao Ministério da Saúde, nos termos do art. 250, inciso II, do RITCU, que envie a esta Corte de Contas, no prazo de quinze dias, as ações planejadas, inclusive com a indicação de riscos e contramedidas associadas para mitigá-los, para **permitir a produção e/ou aquisição de futuras doses de vacinas contra a covid-19, bem como para a imunização da população brasileira**; (grifos nossos)

79. Vê-se, pois, que a necessidade de confecção de um plano nacional de imunização, mesmo antes da produção ou aquisição de doses de vacinas contra a Covid-19, já era objeto de preocupação do Tribunal em agosto de 2020, quando foi prolatado o Acórdão 2.092/2020-TCU-Plenário. Nesse sentido, cabe destacar o seguinte trecho do voto proferido pelo Ministro Vital do Rêgo no Acórdão 1.533/2021-TCU-Plenário:

> 16. (...) apenas a título de exemplo, vale dizer que em agosto de 2020, mediante o Acórdão 2.092/2020-TCU-Plenário (...), esta Corte de Contas já indicava ao Governo Federal a **necessidade de elaboração de um plano para a imunização da população brasileira**, numa

tentativa de direcionar o governo central para a previsão de ações que pudessem garantir a vacinação nacional ou, ao menos, mitigar os riscos que contribuíssem para o seu insucesso.

17. Apenas em **dezembro de 2020**, quatro meses após a decisão desta Corte de Contas, é que o Governo Federal entregou o plano nacional de vacinação contra a Covid-19 ao Supremo Tribunal Federal – STF, em atendimento à decisão monocrática[21] proferida para dar seguimento às ações que tramitavam naquela Corte e que tratavam da obrigatoriedade da vacinação e outras medidas de combate à pandemia.

(grifos nossos)

80. Entre as situações que podem ter contribuído para o atraso do início da vacinação contra a Covid-19 no País está aquela relacionada à aquisição de doses da fabricante **Pfizer**, ofertadas ao governo brasileiro a partir de agosto de 2020[22]. Tal questão, objeto de avaliação do Tribunal no **TC 016.191/2021-8** (relator Ministro Vital do Rêgo – representação apensada a este processo de acompanhamento), ainda não foi apreciada no mérito. O foco da possível irregularidade foi caracterizado pela seguinte conduta do governo federal, nas palavras do representante, Subprocurador-Geral do MP/TCU, Dr. Lucas Rocha Furtado:

(...) [o governo federal] incorreu em grave omissão, acarretando sérios efeitos negativos no combate à Covid-19 e significativos danos aos cofres públicos, ao injustificadamente **deixar de adquirir, em 2020, vacinas que lhe foram oferecidas pela empresa farmacêutica Pfizer** a preços significativamente menores do que os praticados pela referida empresa em negociações com outros países. (trecho da inicial da representação autuada no TC 016.191/2021-8 – peça 1, p. 5, desse processo – grifos nossos)

81. No Apêndice 9 do relatório à peça 605, intitulado "Exame Meritório de Processos Apensados" (p. 177-187), a SecexSaúde promoveu a análise das supostas irregularidades indicadas no TC 016.191/2021-8 e concluiu que "(...) a falta de resposta às tratativas da Pfizer não acabou afetando a questão do preço contratado e do início da vacinação (...)." (peça 605, p. 183). Em consequência, a proposta da unidade técnica ao final do referido relatório quanto à representação foi no seguinte sentido:

XIV – Em relação à representação apresentada no TC 016.191/2021-8 [conhecida nos termos do Acórdão 1.808/2021-TCU-Plenário – relator Ministro Vital do Rêgo], propõe-se que seja encaminhada ao representante a deliberação deste sétimo ciclo, (...), e no **mérito** seja considerada **improcedente (item 7.6).** (peça 605, p. 135 – grifos do original)

82. O Ministério Público discorda da proposta da SecexSaúde, de ser considerada improcedente a representação.

83. De fato, quanto à vertente de análise da unidade técnica relacionada à economicidade[23], não houve alteração de valores na aquisição dos imunizantes da Pfizer, caso comparadas as propostas da empresa ao governo brasileiro em 2020 com o valor contratado no primeiro ajuste firmado com a empresa (Contrato 52/2021, de 19/3/2021), no valor de US$ 10,00 por dose (vide Tabela 2 no parágrafo 22 do relatório à peça 605, p. 15-16). Posteriormente, no segundo e terceiro contratos ajustados com a referida fabricante, o valor por dose foi reajustado para US$ 12,00 (vide a referida Tabela 2, p. 16).

84. Ocorre que os termos da representação proposta pelo membro do MP/TCU também fizeram remissão aos "sérios efeitos negativos no combate à Covid-19" decorrentes da não aceitação das

[21] Vide notícia sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 756 (disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=457272&ori=1> – acesso em 16/8/2022).

[22] Relatório Final da CPI da Pandemia: "As primeiras negociações sobre uma possível vacina ocorreram em maio e junho de 2020 e já no mês de agosto foram apresentadas [ao MS pela empresa] três propostas de venda do imunizante (...)." (disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243> – p. 222 – acesso em 19/8/2022).

[23] Parágrafos 40 a 42 do relatório à peça 605 (p. 181).

ofertas da Pfizer pelo governo brasileiro, ainda no ano de 2020 (peça 1, p. 5, do TC 016.191/2021-8).

85. Quanto a essa segunda vertente de análise, assim foi iniciada a correspondente avaliação pela SecexSaúde no Apêndice 9 do relatório à peça 605 (p. 181): "43. Acerca da demora na aceitação da oferta de vacinas da Pfizer em 2020, consumando-se a aquisição em março de 2021, tem-se que analisar o cenário de forma conjunta." (grifo nosso).

86. A fim de justificar o desfecho pela improcedência da representação autuada no TC 016.191/2021-8, a SecexSaúde elencou as seguintes situações, que teriam justificado a postergação da assinatura do primeiro contrato com a Pfizer, que veio a se dar somente em março de 2021:

a) "quando da proposta da farmacêutica para o governo brasileiro, o citado imunizante não tinha aprovação da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] para sua utilização, o qual foi concedido em 23/2/2021" (parágrafo 44 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 181);

b) "problemas logísticos operacionais iniciais de transporte e acondicionamento do imunizante [em baixas temperaturas]" (parágrafo 45 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 182);

c) "o governo brasileiro realizou investimentos para produção de vacina na parceria celebrada entre a Fiocruz e o Laboratório de Oxford, para produção da vacina AstraZeneca e havia o desenvolvimento da vacina CoronaVac pelo Instituto Butantan, essas duas como candidatas a vacinas viáveis." (parágrafo 47 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 182);

d) "houve a necessidade da edição da Lei 14.124/2021, que trouxe diretrizes sobre medidas excepcionais para contratação de vacinas e insumos para utilização na pandemia" (parágrafo 48 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 182);

e) "A Lei 14.124/2021, ao fazer essas flexibilidades para contratação de vacinas e insumos para enfrentamento da pandemia, deu segurança jurídica para o gestor contratar com as farmacêuticas que estabeleciam condicionantes para o fornecimento de vacinas, a exemplo de cláusulas limitadoras de responsabilidade, conforme decisão do **Acórdão 534/2021-TCU-Plenário**, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, em consulta formulada pelo Ministério da Saúde no processo TC 006.851/2021-5." (parágrafo 49 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 182-183 – grifos nossos);

f) "caso o governo brasileiro, via Ministério da Saúde, tivesse aceitado de pronto a oferta da Pfizer, considerando a necessidade do imunizante para dar início à campanha de vacinação, mesmo sem o suporte legal de flexibilidade da Lei 14.124/2021 e dos processos de candidatas à vacina que corriam em paralelo, CoronaVac e AstraZeneca, diante do cenário acima, nada asseguraria que tivesse iniciado a campanha de vacinação antes de 18/1/2021, com a utilização da vacina CoronaVac." (parágrafo 50 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 183 – grifo nosso);

g) "dentro de um processo negocial e até por ônus institucional de boas relações públicas, o Ministério da Saúde poderia ter dado resposta à farmacêutica, que entendesse conveniente e oportuna, mas a sua **ausência**, por si só, não pode ser causadora das possíveis irregularidades citadas pelo representante." (parágrafo 52 do relatório à peça 605, p. 183 – grifos nossos).

87. A avaliação que se segue tem como objetivo responder às seguintes perguntas: *Quais foram os eventuais prejuízos decorrentes do atraso na assinatura do primeiro contrato para aquisição de doses da fabricante Pfizer? O atraso era evitável, por meio de medidas ao alcance das autoridades competentes?*

88. Caso as respostas sejam positivas (identificação de prejuízo evitável), não haverá condições de ser considerada improcedente, na forma sugerida pela SecexSaúde, a representação objeto do TC 016.191/2021-8.

89. Antes de passarmos à avaliação das justificativas acolhidas e opiniões da unidade técnica, descritas nas letras "a" a "g" do parágrafo 86 deste parecer, há que se ressaltar que o Brasil alcançou número de óbitos bem maior que sua representatividade em termos percentuais da

população mundial. Ou seja, o País, com 213 milhões de habitantes[24], representa **2,7%** da população mundial, de 7,9 bilhões de habitantes[25], enquanto o número de óbitos até 31/8/2022 no Brasil, de 683.965 mortes[26], equivale a **10,5%** do total de mortes por Covid-19 no planeta (total de 6.494.430 de óbitos até 31/8/2022[27]).

90. A primeira situação mencionada pela SecexSaúde que poderia ter justificado o atraso para a assinatura do primeiro contrato com a Pfizer foi a inexistência de aprovação da vacina pela Anvisa em 2020 – especificamente a Autorização de Uso Emergencial (AUE) –, considerando que a fabricante teria recebido o registro – que difere da AUE – de sua vacina apenas em 23/2/2021 (parágrafo 22 da instrução à peça 195, p. 17). Após o registro pela Anvisa e assinatura do contrato com o governo brasileiro, a Pfizer iniciou a entrega de suas doses somente no segundo trimestre de 2021 (chegada das primeiras doses ao País em 29/4/2021[28]), cabendo destacar que doses das vacinas Coronavac e Astrazeneca estavam disponíveis desde o primeiro trimestre de 2021 (Tabela 4 da instrução à peça 195, p. 19).

91. Não há elementos nestes autos capazes de justificar o motivo que levou a Pfizer a não solicitar a AUE à Anvisa ainda em 2020 – sem prejuízo de ter iniciado o processo de submissão contínua de dados técnicos à agência reguladora[29] em 25/11/2020[30].

92. Contudo, não se pode admitir a inexistência de AUE ou de registro da vacina como impeditivo, à época, da assinatura de contrato, ainda que condicional, pelo governo federal – como de fato não impediu a assinatura de "memorando de entendimento" com a empresa em dezembro de 2020[31].

93. Dado o cenário excepcional de escassez de oferta e demanda global por vacinas contra a Covid-19 e de elevados números de internações e óbitos por agravamentos da doença, era de fácil inferência que a postergação das tratativas para a aquisição de vacinas, pelo aguardo da ultimação de procedimentos autorizativos do seu uso no País, redundaria em maior demora na entrega das vacinas, para muito além do momento da referida autorização (como de fato ocorreu), e, consequentemente, em maior exposição da população aos riscos da doença e, consequentemente, em mais agravamentos e óbitos.

---

[24] Página "Países" do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (disponível em: <https://paises.ibge.gov.br/#/mapa/ranking/brasil?indicador=77849&tema=5&ano=2020> – acesso em 27/8/2022).

[25] United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Nova York. 2022.

[26] De acordo com o "Painel Coronavírus" do governo federal (disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> – acesso em 31/8/2022).

[27] "*What is the cumulative number of confirmed deaths?*" (disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths#> – acesso em 31/8/2022).

[28] Vide notícia disponível no seguinte endereço: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/brasil-recebe-hoje-primeiro-lote-de-vacinas-da-pfizer#:~:text=O%20primeiro%20lote%20de%201,estados%20e%20ao%20Distrito%20Federal.> – acesso em 23/8/2022.

[29] Nos termos da Instrução Normativa Anvisa 77, de 17/11/2020 (disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6118549/IN_77_2020_.pdf/54b561e4-bfba-4f87-9fd6-c71862bf69dd> – acesso em 23/8/2022).

[30] Vide nota da Pfizer disponível em: <http://static.poder360.com.br/2020/11/pfizer-solicita-anvisa-registro-vacina-25nov2020.pdf> – acesso em 23/8/2022.

[31] Vide notícia disponível no seguinte endereço: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/covid-19-brasil-assina-memorando-com-pfizer-afirma-ministerio> – acesso em 23/8/2022.

94. Desse modo, enquanto alguns outros países latino-americanos receberam os primeiros lotes da vacina da Pfizer ainda em 2020, como Chile[32], México e Costa Rica[33], o Brasil somente recebeu a primeira remessa de doses da Pfizer, conforme mencionado anteriormente, no segundo trimestre de 2021.

95. A demora do governo brasileiro é agravada pelo fato de o imunizante ter se mostrado, durante os estudos clínicos, altamente promissor, com eficácia apurada em Fase III[34], por volta de 95%, conforme publicizado em 18/11/2020[35]. Tais dados de eficácia se mostraram sensivelmente superiores aos dos outros dois imunizantes anteriormente mencionados, ressaltando a importância do produto da Pfizer para a obtenção de resultados epidemiológicos mais rápidos, em um contexto em que o tempo era crucial para salvar milhares de vidas.

96. Quanto aos "problemas logísticos operacionais iniciais de transporte e acondicionamento do imunizante" (parágrafo 45 do relatório à peça 605, p. 182), há que se destacar que a discussão sobre esse aspecto e outros possíveis obstáculos que teriam impedido a rápida obtenção de doses da empresa Pfizer circunscreve-se à **tempestividade** na busca de soluções para os diversos possíveis fatores que teriam impedido o progresso das negociações com o governo brasileiro.

97. Além das questões burocráticas – tema adiante explorado –, a questão da logística de armazenamento das doses da vacina foi um dos principais quesitos de discussão entre o governo brasileiro e a Pfizer, conforma evidencia o seguinte trecho do Relatório Final da CPI da Pandemia:

> (...) o tema complexo das negociações consistia na logística, pois o Ministério preocupava-se com o armazenamento da vacina, que requer 70 graus negativos. Entretanto, no final de outubro, a Pfizer apresentou uma embalagem que permitia o armazenamento por 15 dias, quando então a vacina poderia ser levada ao refrigerador comum por cinco dias. (...) (p. 224 do Relatório – grifo nosso)

98. Somente em abril de 2021 a Anvisa alterou as exigências relacionadas ao armazenamento das doses de vacina da Pfizer – situação especialmente relevante em áreas do interior do País, longe dos centros urbanos que, em regra, dispõem de melhores condições de armazenagem de vacinas –, após estudos terem evidenciado que "(...) a flexibilização da temperatura de conservação não prejudica a estabilidade do imunizante."[36]

99. Nota-se, portanto, que, até que a Anvisa concluísse seus estudos sobre as condições mínimas de armazenamento para as doses de vacina da Pfizer, havia, de fato, impeditivo para o uso do imunizante, mas apenas para localidades que não contassem com o adequado sistema de refrigeração. Tal situação, contudo, não poderia justificar, de modo isolado, a não aquisição de doses da Pfizer para as principais capitais do Brasil ou outros grandes centros urbanos que possuíssem sistemas de refrigeração adequados ao armazenamento de vacinas em baixíssimas temperaturas. Contribuir-se-ia, assim, para atenuar os efeitos da pandemia, ao menos nos grandes centros, naturalmente locais de maior circulação do vírus, especialmente naqueles que suscitassem

---

[32] Vide notícia no seguinte *link*: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/primeira-pessoa-no-chile-recebe-a-vacina-pfizer-biontech-contra-a-covid-19/> – acesso em 1º/9/2022.

[33] Vide notícia disponível no seguinte endereço: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/12/chile-mexico-e-costa-rica-comecam-a-vacinar-contra-covid-19-e-brasil-fica-para-tras.shtml> – acesso em 1º/9/2022.

[34] "(...) última fase de estudo antes da obtenção do registro sanitário e tem por objetivo demonstrar a sua eficácia. Somente após a finalização do estudo de fase III e obtenção do registro sanitário é que a nova vacina poderá ser disponibilizada para a população" (definição apresentada na página "Ensaios Clínicos" do Instituto Butantan – disponível em: <https://butantan.gov.br/pesquisa/ensaios-clinicos> – acesso em 1º/9/2022).

[35] Vide notícia disponível no seguinte endereço: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/11/18/vacina-da-pfizer-e-biontech-contra-covid-conclui-estudos-da-fase-3-e-anuncia-95percent-de-eficacia.ghtml> – acesso em 1º/9/2022.

[36] Vide notícia disponível no seguinte endereço: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/anvisa-atualiza-exigencias-para-armazenamento-de-vacina-da-pfizer> – acesso em 23/8/2022.

maiores preocupações, inclusive por limitações logísticas, como era o caso de Manaus, onde a dificuldade de ressuprimento de oxigênio medicinal vindo de outros locais levou a dias de caos na saúde pública.

100. Outro aspecto relevante mencionado pela SecexSaúde e que poderia ter justificado o atraso na assinatura do primeiro contrato com a Pfizer foi a realização de investimentos, pelo governo brasileiro, na produção de vacinas da Astrazeneca (Universidade de Oxford) – em parceria com a Fiocruz – e da empresa Sinovac (Coronavac) – em parceria com o Instituto Butantan.

101. A existência das referidas parcerias, em cujos contratos houve transferência de tecnologia ao Brasil[37], condição inexistente nos contratos com a Pfizer, pode ter justificado o eventual "desinteresse" do governo federal em agilizar as negociações com a fabricante americana, a fim de concluir a contratação ainda no ano de 2020.

102. Há indicativos de que a questão atinente à transferência de tecnologia tenha caracterizado um dos fatores que acarretaram a postergação da assinatura do primeiro contrato entre o governo brasileiro e a empresa Pfizer, conforme se depreende dos seguintes excertos do Relatório Final da CPI da Covid (p. 208):

> Em seu depoimento [à CPI, o ex-Ministro de Estado da Saúde Eduardo Pazuello] também afirmou que a "questão da transferência de tecnologia" e a "questão dos custos" eram "métricas" para a decisão de compra de vacinas, chegando mesmo a dizer que a compra direta de vacina seria preterida em relação à compra com encomenda tecnológica [caso da parceria Astrazeneca/Fiocruz]:
>
> **O SR. EDUARDO PAZUELLO** - Mesmo enquanto não se falava em imunizantes, o governo federal já estava agindo de forma rápida e estávamos em contato com todos os fabricantes de vacinas em desenvolvimento no mundo. Iniciamos com 16 prospecções mais adiantadas, acompanhávamos direto a produção da Moderna e a produção da Pfizer, nos Estados Unidos, e a produção da AstraZeneca, em Oxford, na Inglaterra. Esses foram os primeiros, a prospecção inicial entre as 16. **E assim nós fomos trabalhando, escolhendo, inicialmente, a tecnologia que pudesse ser transferida para nós, para produção nacional, em detrimento daquela só de compra direta.** Esse trabalho nos permitiu alcançar números que vão além do que nós estamos pensando hoje. Nós falamos de, ainda no final de setembro, já termos uma encomenda tecnológica que chegaria a quase 200 milhões de doses e os acordos de *CovaxIFacility*, que nos dariam 42 milhões de doses.
> [grifamos]
>
> O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Élcio Franco, de igual modo, disse que não houve interesse pela Pfizer porque a empresa farmacêutica "não quis fazer a transferência de tecnologia".
> (grifos do original)

103. De qualquer modo, não há evidências nestes autos de que a ausência de transferência de tecnologia teria sido, de fato, um fator essencial para a morosidade nas negociações do governo federal com a empresa Pfizer[38].

104. Quanto à edição da Lei 14.124, de 10/3/2021, publicada no DOU dessa data, cabe ressaltar que a demora em sua edição pode ser considerada **omissão** na tomada tempestiva de providências pelos gestores do MS e, sobretudo, pelo CG, à época, especialmente considerada a viabilidade do manejo de Medida Provisória (MP) – diante da evidente relevância e urgência da matéria (art. 62

---

[37] Vide menção à transferência de tecnologia na parceria Astrazeneca/Fiocruz: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-esclarece-sobre-contrato-de-transferencia-tecnologica-com-astrazeneca>; e na parceria Sinovac/Instituto Butantan: <https://butantan.gov.br/noticias/governo-de-sp-assina-contrato-com-sinovac-para-o-fornecimento-de-46-milhoes-de-doses-da-coronavac> – acessos em 23/8/2022.

[38] Sobre o tema, ver a seguinte notícia: <https://exame.com/brasil/pazuello-preteriu-a-pfizer-por-avaliar-que-brasil-nao-precisaria-da-vacina/> – acesso em 1º/9/2022.

da Constituição Federal) –, como, de fato, se fez, porém, só em janeiro de 2021 (a Lei 14.124/2021 origina-se da conversão da MP 1.026, de 6/1/2021).

105. Diversas questões que foram solucionadas a partir da entrada em vigor da Lei 14.124/2021 serviram como justificativa para a não assinatura de contrato com a Pfizer no ano de 2020, podendo ser destacadas, em especial, (a) a inexistência de AUE ou registro na Anvisa – tema anteriormente discutido; (b) a não assunção de riscos por parte da fabricante (responsabilidade civil do contratado em caso de efeitos colaterais da vacina, com o consequente ajuizamento de demandas perante o Poder Judiciário); e (c) o eventual pagamento antecipado – procedimento a princípio vedado, ressalvada justificativa idônea de interesse público.

106. Além da Lei 14.124/2021, deve-se ressaltar que também houve a edição de outra norma para que fossem superados obstáculos à contratação de vacinas, qual seja, a Lei 14.125, de 10/3/2021 – revogada pela MP 1.126, de 15/6/2022 –, cujo objeto era dispor sobre "a responsabilidade civil relativa a eventos adversos pós-vacinação contra a Covid-19 e sobre a aquisição e distribuição de vacinas por pessoas jurídicas de direito privado." (ementa da lei revogada).

107. Não se pretende emitir, neste parecer, juízo de valor quanto às alterações legislativas promovidas pelas Leis 14.124 e 14.125, ambas de 2021, mas se ater à tempestividade na busca das soluções proporcionadas por essas normas para a assinatura de contratos para aquisição de imunizantes contra a Covid-19, como aqueles que vieram a ser adquiridos da empresa Pfizer.

108. O cenário temporal que se encontra em análise refere-se ao momento em que a Pfizer apresentou as primeiras ofertas ao governo brasileiro, em **agosto de 2020**, até a data em que houve a edição das leis anteriormente mencionadas, com a subsequente – e imediata – assinatura do primeiro contrato com a referida fabricante, em **março de 2021**. Logo, cabe verificar quais atitudes seriam esperadas do governo federal à época – especialmente considerados o MS e o CG – para agilizar a aquisição dos imunizantes da Pfizer no intervalo de, aproximadamente, sete meses entre os marcos destacados.

109. Há que se concordar com a SecexSaúde quanto à afirmação de que os gestores que teriam competência para assinar contratos de aquisição de imunizantes, no ano de 2020, não teriam "segurança jurídica" para a prática desses atos administrativos, tendo em vista os empecilhos presentes na legislação então vigente (vide parágrafo 49 do Apêndice 9 do relatório à peça 605, p. 182-183).

110. Ocorre que a primeira evidência de atitude concreta dos gestores do governo federal na tentativa de superar os empecilhos impostos pela legislação em vigor à época foi o encaminhamento da Exposição de Motivos Interministerial 1/2021, de **6/1/2021**, ao Presidente da República[39], por meio da qual foi justificada a edição da MP 1.026/2021[40], ocorrida na mesma data.

111. Somente dois meses depois da edição da MP 1.026/2021 é que houve a iniciativa do então Ministro de Estado da Saúde de apresentar consulta ao TCU, acerca de dúvidas na aplicação dessa MP, bem como da MP 1.003, de 24/9/2020 – convertida na Lei 14.121, de 1º/3/2021, por meio da qual foram adotadas as seguintes medidas: (a) autorização ao Poder Executivo federal para aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (*Covax1Facility*) e (b) estabelecimento de diretrizes para a imunização da população.

112. A referida consulta foi apresentada ao Tribunal no dia **2/3/2021** – poucos dias antes, portanto, da conversão das MPs nas Leis 14.121 e 14.124, ambas de 2021 –, por meio do Ofício 210/2021/DATDOF/CGGM/GM/MS, dessa mesma data, autuado no TC 006.851/2021-5 (peça 3 desses autos). A consulta foi apreciada por meio do **Acórdão 534/2021-TCU-Plenário** (relator Ministro Benjamin Zymler), aprovado na sessão de 17/3/2021 – com a urgência que a matéria

[39] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Exm/Exm-MP-1026-21.pdf> – acesso em 23/8/2022.

[40] Ementa da MP 1.026/2021: "Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas, insumos, bens e serviços de logística, tecnologia da informação e comunicação, comunicação social e publicitária e treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19."

exigia –, no qual constaram os entendimentos da Corte de Contas sobre as referidas leis, inclusos dois subitens do acórdão acerca da exoneração total ou parcial de riscos pela contratada (subitens 9.1.9 e 9.1.10 da referida deliberação).

113. Nota-se, portanto, que, somente a partir de janeiro de 2021, houve a tomada de ações concretas por parte do governo federal com vistas a contornar os obstáculos legislativos que, especialmente nas negociações com a empresa Pfizer, serviam como justificativa para não ser conferido tratamento ágil às discussões, com vistas à assinatura de contrato. Destaca-se, também, que não se vislumbram razões para que, mesmo antes da edição das mencionadas MPs, o MS ou quaisquer outros gestores/autoridades legitimados não tenham apresentado consulta ao TCU.

114. Uma das evidências do possível "desinteresse" do governo federal em agilizar as negociações com a Pfizer foi a ausência de respostas às ofertas de imunizantes feitas pela empresa, iniciadas em agosto de 2020, conforme mencionado pela SecexSaúde no parágrafo 52 do relatório à peça 605 (p. 183).

115. A necessidade de o MS ter formalizado, por completo, o processo de negociação de aquisição de imunizantes e de ter respondido a todas as manifestações da empresa Pfizer não pode ser caracterizada como mero "ônus institucional de boas relações públicas" por parte dos representantes do governo federal, conforme assinalou a unidade técnica (parágrafo 52 do relatório à peça 605, p. 183). Trata-se, na realidade, de obrigação constitucional e legal dos gestores públicos, ante o que dispõem o art. 5º, incisos XXXIII e XXXIV, da Constituição Federal e o art. 2º da Lei 9.784/1999, especificamente quanto à necessidade de atuação transparente e de boa-fé, com vistas ao atendimento do interesse público. Atualmente, a exigência de atuação transparente conta com disposição específica na Lei 14.124/2021: "Serão conferidas ampla transparência e publicidade a todas as aquisições ou contratações realizadas nos termos desta Lei (...)" (art. 2º, § 2º).

116. O que se viu, em negociação tão relevante para o País e em desacordo, em especial, com as disposições da Lei 9.784/1999, sobre a necessidade de ser formalizado o correspondente processo administrativo, foi a intensa "troca de e-mails" entre as partes – Pfizer e governo federal, com ausência de resposta, em diversas oportunidades, por parte daquele que viria a ser o futuro contratante –, conforme evidenciado no seguinte excerto do Relatório Final da CPI da Pandemia:

> Os contatos da Pfizer com o governo brasileiro tiveram início, conforme mensagens sigilosas de e-mail recebidas pela CPI, em março de 2020. **Foram inúmeros os e-mails que a desenvolvedora da vacina encaminhou ao Ministério da Saúde, a fim de oferecer o imunizante. Algumas das mensagens foram respondidas e outras não**[41], o que não impediu a realização de reuniões presenciais e virtuais. O curioso é que, ainda que houvesse uma comunicação frequente entre as partes, as negociações não avançavam. Com efeito, o Ministério da Saúde não confirmava se iria ou não adquirir as vacinas, mesmo diante dos repetidos alertas de que seria fundamental dar celeridade às tratativas, haja vista que também estariam sendo feitas negociações com outros países. (p. 225 do Relatório – grifos nossos)

117. Embora a forma de negociação adotada pelo MS com a empresa Pfizer não tenha se mostrado totalmente transparente[42], o MP/TCU entende que não é o caso de se propor medida corretiva ao ministério, considerando que o assunto já foi objeto de considerações do Tribunal quando da apreciação do relatório atinente ao sexto ciclo de acompanhamento, conforme se verifica

[41] Vide notícia sobre o assunto no seguinte *link*: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/13/representante-da-pfizer-confirma-governo-nao-respondeu-ofertas-feitas-em-agosto-de-2020> – acesso em 24/8/2022.

[42] Ver, inclusive, menção à existência de carta do CEO da Pfizer que teria sido encaminhada, entre outras autoridades, ao Presidente da República, sem que tenha o remetente obtido, ao que tudo indica, a correspondente resposta do destinatário (notícia disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/em-carta-ceo-mundial-da-pfizer-pediu-a-bolsonaro-pressa-na-compra-de-vacinas/> – acesso em 24/8/2022).

do seguinte trecho do voto então proferido pelo Ministro Vital do Rêgo no âmbito do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário:

> **IV.7 – Ausência de Juntada de Documentação que Comprove as Tratativas para Aquisição de Imunizantes**
>
> 133. Foi identificado que as atas ou memoriais das reuniões prévias realizadas no âmbito da Secretaria Executiva do MS para fins de tratativas sobre a compra de vacinas contra covid-19, atribuição estabelecida pelo Ofício Circular 28/2021, de 29/01/2021, da própria Secretaria Executiva, não constam dos respectivos processos administrativos de aquisição.
>
> 134. A não inserção dessa documentação nos processos administrativos, quando tais negociações tenham de fato ocorrido, compromete a transparência que deve ser assegurada aos atos processuais, nos termos do art. 2º, § 2º, da Lei 14.124/2021, além de dificultar a atuação do controle na análise das negociações levadas a efeito no âmbito do MS.
>
> 135. Diga-se que o **princípio da publicidade** é de observância obrigatória pelo gestor público, nos termos do [que] prescreve o *caput l*do art. 37, da CF/1988, sendo admitido o sigilo apenas nos casos excepcionais assim definidos em lei.
>
> 136. Por tais razões, anuo à proposta da SecexSaúde para que seja determinado ao MS para que, no prazo de trinta dias, junte as memórias ou atas das reuniões realizadas no âmbito da Secretaria Executiva, quanto às tratativas para aquisição de imunizantes contra a Covid-19, aos respectivos processos administrativos, nos termos do art. 2º, § 2º, da Lei 14.124/2021, e do art. 37, *caput*, da CF/1988.
> (grifos nossos e do original)

118. Como decorrência das constatações e considerações transcritas no parágrafo precedente, foram direcionadas as seguintes medidas ao MS, por meio do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário:

> 9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020 combinado com o art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992 que:
>
> (...)
>
> 9.1.1.4. junte as memórias ou atas das reuniões realizadas no âmbito de sua Secretaria Executiva, quanto às **tratativas para aquisição de imunizantes contra a covid-19**, aos respectivos processos administrativos, nos termos do art. 2º, § 2º, da Lei 14.124/2021, e do art. 37, caput, da CF/1988;
>
> (...)
>
> 9.3. dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, de que:
>
> 9.3.1. os processos administrativos sobre aquisição de bens e serviços, com informações desatualizadas de seu rito e de seus termos, fere o <u>princípio da eficiência</u> estabelecido no art. 37 da CF/1988;
> (grifos nossos)

119. Embora não seja possível refutar a assertiva da SecexSaúde, de que "caso o governo brasileiro, via Ministério da Saúde, tivesse aceitado de pronto a oferta da Pfizer (...), <u>nada asseguraria que tivesse iniciado a campanha de vacinação antes de 18/1/2021</u>, com a utilização da vacina CoronaVac." (parágrafo 50 do relatório à peça 605, p. 183 – grifo nosso), **certo é que poderia ter havido disponibilidade de doses ainda em 2020 ou, ao menos, maior disponibilidade no início de 2021**, observando-se, inclusive, as entregas de vacinas da Pfizer em outros países da região.

120. O que se pode afirmar, com certeza, é que **o atraso na aquisição de vacinas da Pfizer** – o que inviabilizou sua aplicação na população em 2020 e diminuiu o número de doses que poderiam ter sido aplicadas a partir do início de 2021 – **ocasionou maior número de mortes no País**. Nesse

sentido, cabe transcrever os seguintes trechos do Relatório Final da CPI da Pandemia (p. 233 e 1.016):

> Em suma, houve um início acelerado de tratativas entre maio e julho de 2020 para a aquisição de vacinas da Pfizer, em que o governo mostrava interesse, o que contrasta com a **lentidão, burocracia e aparente desinteresse a partir de agosto**.
>
> (...)
>
> (...) **o ritmo lento de vacinação produz sérias consequências na mortalidade pelo vírus**, e deve servir de alerta para as autoridades, para que o maior número possível de pessoas seja imunizado no menor período de tempo possível.
> (grifos nossos)

121. Entre os estudos divulgados sobre os efeitos do atraso no início da vacinação contra a Covid-19 e da insuficiência de doses para acelerar o processo de vacinação, podem ser citadas as principais conclusões daquele elaborado pelo *Imperial College London*[43], que destacam o significativo impacto positivo da vacinação na prevenção de mortes em decorrência do vírus:

a) no mundo: "Com base na análise de dados de 185 países e territórios, os cientistas do *Imperial College London* concluíram que, no primeiro ano de aplicação das doses protetivas, de 8 de dezembro de 2020 a 8 de dezembro de 2021, **19,8 milhões de mortes**, de um potencial de 31,4 milhões, **foram evitadas**."[44] (grifos nossos);

b) no Brasil: "Uma análise conduzida por cientistas do Reino Unido estima que o primeiro ano de imunização pode ter salvo quase 20 milhões de vidas em todo o planeta — sendo **1 milhão no Brasil**." (grifo nosso).

122. A falta de senso de urgência das autoridades brasileiras caracteriza **negligência**, situação que, se tivesse sido evitada, poderia ter minimizado o agravamento da situação no Brasil a partir de 2021, a exemplo da situação vivenciada em Manaus, anteriormente explorada.

123. Na percepção da CPI da Pandemia, sobre a situação verificada no Brasil, no contexto de falta de agilidade para aquisição de vacinas, pode ser destacado o seguinte excerto do correspondente Relatório Final:

> Dada a escassez e a corrida por vacinas no mundo, a melhor estratégia seria diversificar e garantir contratos para imunizar a população brasileira, sob pena de ficar no final da fila, começar a vacinação tardiamente e em ritmo lento e computar mais mortes e mais tempo de medidas restritivas da atividade econômica e de circulação (que reduzem o PIB e geram mais mortes no longo prazo com desemprego e recessão). Foi o que acabou acontecendo no Brasil. (p. 219 do Relatório Final da CPI da Pandemia – grifo nosso)

124. O arrazoado anteriormente apresentado, por meio do qual foi descortinado o cenário de lentidão das tratativas do governo federal com a Pfizer, ante a demora na busca de soluções que poderiam ter propiciado a assinatura do primeiro contrato com a empresa em momento anterior a março de 2021, justifica a proposta adiante apresentada, de que seja considerada parcialmente procedente a representação autuada no TC 016.191/2021-8.

125. Nesse contexto de aquisição de vacinas, cabe ressaltar a existência de processo em que o Tribunal tratou de tema conexo. Trata-se do **TC 047.721/2020-0**, denúncia, com pedido de medida cautelar, relativa a possíveis irregularidades na aquisição de seringas e agulhas, que restou

---

[43] Artigo intitulado "*Global Impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study*" (disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/fulltext> – acesso em 24/8/2022).

[44] Transcrições das letras "a" e "b" do parágrafo 121 oriundas da reportagem disponível no seguinte *link*: <https://www.correiobraziliense.com.br/ciencia-e-saude/2022/06/5017524-em-um-ano-vacina-contra-covid-19-evitou-20-milhoes-de-mortes-no-mundo.html> – acesso em 24/8/2022.

conhecida e, no mérito, considerada parcialmente procedente, por meio do **Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário** (relator Ministro Benjamin Zymler).

126. Conforme informação apresentada no voto que fundamentou o Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário, "a licitação em exame [Pregão Eletrônico MS 159/2020, realizado em 29/12/2020] visava a aquisição de 331.201.012 seringas, no valor estimado de R$ 67 milhões. Porém, o certame foi fracassado em três itens, obtendo sucesso em apenas 25,3% do quantitativo do quarto item licitado." (parágrafo 2 do voto – grifo nosso).

127. No referido voto, o Ministro Benjamin Zymler discordou da proposta da unidade técnica, de promover a audiência de diversos gestores do MS, incluso o ex-Ministro de Estado da Saúde Eduardo Pazuello, para que fossem justificadas as seguintes irregularidades: **planejamento e supervisão deficiente das aquisições de seringas e agulhas para a campanha de vacinação da Covid-19, com morosidade no lançamento do Pregão Eletrônico 159/2020**; não separação do objeto licitado em dois itens distintos (agulhas e seringas), o que teria limitado a participação de potenciais licitantes; e ausência de solicitação tempestiva da suspensão de medidas antidumping para agulhas e seringas, o que teria provocado fracasso (parcial) e restrição ao caráter competitivo do Pregão Eletrônico MS 159/2020.

128. Para o relator do TC 047.721/2020-0, foram observadas apenas falhas na condução do Pregão Eletrônico 159/2020, o que implicou sua conclusão de que "a realização das audiências propostas seria medida de rigor desproporcional em face das supostas irregularidades." (parágrafo 11 do voto). Ante tal conclusão do relator, avalizada pelo colegiado, as três ocorrências que poderiam ser objeto de audiência dos gestores nelas envolvidos resultaram, tão somente, na ciência ao MS das impropriedades que foram identificadas no Pregão Eletrônico 159/2020, para que fossem adotadas medidas internas, pelo ministério, com vistas à prevenção de outras ocorrências semelhantes (subitem 9.2 do Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário).

129. Os aspectos anteriormente destacados neste parecer e que vêm sendo acompanhados pelo Tribunal desde o início da pandemia neste acompanhamento permitem a este membro do Ministério Público discordar, com as devidas vênias, de parte das conclusões externadas pelo Ministro Benjamin Zymler no voto que fundamentou o Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário.

130. De acordo com Sua Excelência, o início lento do processo de vacinação da população brasileira, em 2021, fez com que o atraso na aquisição de agulhas e seringas, objeto do Pregão Eletrônico 159/2020, não trouxesse maiores prejuízos, o que afastaria a necessidade de apuração de responsabilidade de gestores do MS:

> 26. Mesmo com um planejamento que deixou a desejar, **o processo de vacinação contra a covid-19 evoluiu de forma satisfatória no Brasil, em comparação com outros pares internacionais**, de forma que o TCU pode prescindir do controle punitivo diante de toda a situação fática vivenciada em um momento tão conturbado.
>
> (...)
>
> 33. Concluo minha apreciação do caso enfatizando, em linha com a informação trazida pela unidade técnica, de que não houve falta de seringas e agulhas para vacinação contra a covid-19, devido ao **processo inicial lento de imunização contra a enfermidade**, em razão das poucas unidades disponíveis de vacinas distribuídas (18,1 milhões), da aplicação lenta nos grupos prioritários (10,6 milhões), dos estoques dos estados e da requisição de seringas manejadas pelo Ministério da Saúde.
> (excerto do voto condutor do Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário – grifos nossos e do original)

131. A morosidade na aquisição de vacinas pelo governo brasileiro, que não permitiu a rápida deflagração do processo de vacinação no País no final de 2020 ou início de 2021 – a vacinação foi

iniciada em **17/1/2021**[45] –, não pode servir como justificativa para minimizar a lentidão do MS na condução do Pregão Eletrônico MS 159/2020.

132. Não se trata de tentativa de rediscussão das ocorrências tratadas no TC 047.721/2020-0, a fim de buscar a possível responsabilização dos envolvidos – vertente descartada pelo Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário –, mas de evidenciar que, assim como ocorreu com o processo de aquisição das vacinas da Pfizer, também houve condução lenta do MS no que diz respeito ao processo administrativo concernente à compra de agulhas e seringas no ano de 2020.

133. Os gráficos adiante apresentados evidenciam, ao contrário da conclusão de que "o processo de vacinação contra a covid-19 evoluiu de forma satisfatória no Brasil" (parágrafo 26 do voto que fundamentou o Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário), que os principais responsáveis do governo brasileiro que teriam condições de proporcionar um início mais rápido do processo de vacinação deixaram o País em desvantagem – ao menos em um primeiro momento – em relação a outros países que lograram êxito em iniciar de modo mais tempestivo seus processos de vacinação, caso dos Estados Unidos e do Reino Unido, bem como do Chile e do México[46].

134. Para fins de comparação do Brasil com países que agilizaram suas campanhas de vacinação contra a Covid-19 – especialmente os Estados Unidos e o Reino Unido –, apresentam-se os gráficos a seguir, que mostram a situação em 17/1/2021, quando foi iniciada a vacinação no País, e 18/1/2021 (vide primeiro ponto do eixo horizontal do gráfico em relação ao Brasil, visualizável somente a partir dessa data), respectivamente:

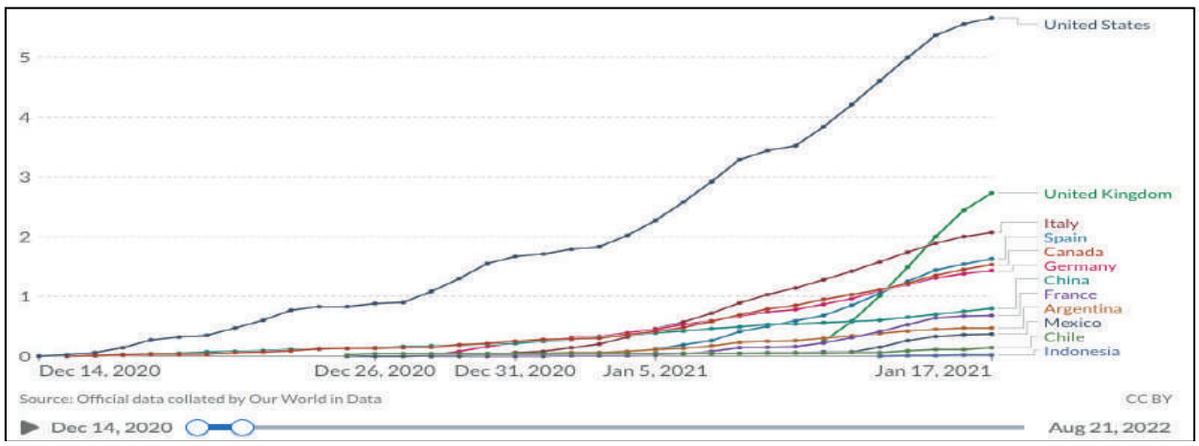


Figura 7 – Doses de vacina contra Covid-19 para cada 100 pessoas na população até 17/1/2021

[45] Ver a seguinte notícia disponível no *site* da Fundação Oswaldo Cruz: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-completa-um-ano> – acesso em 22/8/2022.

[46] O Chile e o México iniciaram o processo de vacinação contra a Covid-19 em dezembro de 2020 (ver notícia disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-12/chile-inicia-vacinacao-com-imunizante-da-pfizer-biontech> – acesso em 22/8/2022).

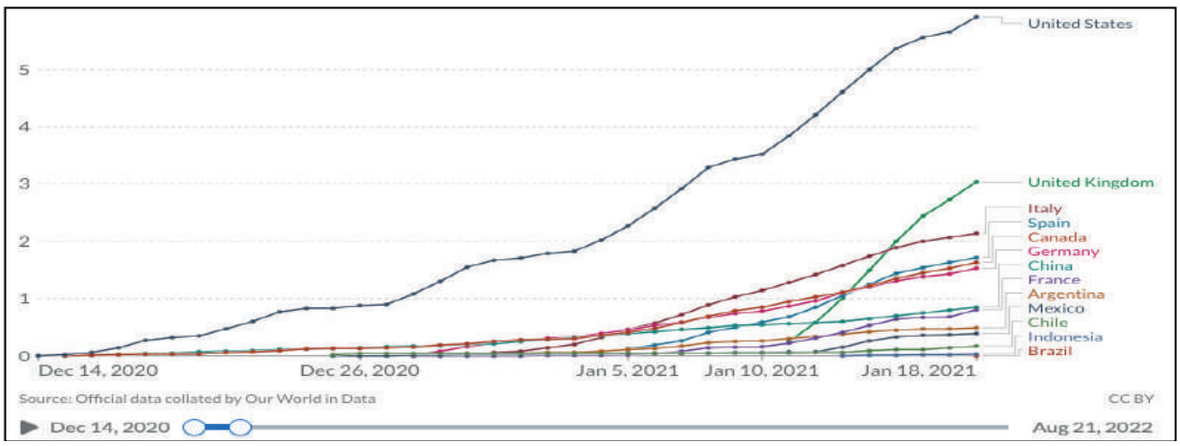


Figura 8 – Doses de vacina contra Covid-19 para cada 100 pessoas na população até 18/1/2021

Fonte das Figuras 3 e 4: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations#how-many-vaccine-doses-have-been-administered-in-the-last-12-months (acesso em 22/8/2022)

135. Cabe esclarecer, quanto à Figura 4, que, no primeiro dia em que se tornou possível visualizar informações sobre o Brasil (18/1/2021) – com a quantidade zerada –, os Estados Unidos já contavam com 5,92 vacinados para cada 100 habitantes e o Reino Unido com 3,04 vacinados.

136. Os dados sobre a vacinação no Brasil confirmam, portanto, a assertiva do Ministro Benjamin Zymler, apresentada no parágrafo 33 do voto condutor do Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário, de que houve um "processo inicial lento de imunização contra a enfermidade", o que acarretou internações e óbitos em decorrência da Covid-19 que poderiam ter sido parcialmente evitados – inclusive com impacto sobre os serviços de saúde e sua demanda de financiamento –, e gerou prejuízos à economia[47], por conta não só das restrições à circulação e aglomeração de pessoas, mas do receio de parcela da população de se expor em ambientes de maior risco de contágio.

137. Em suma, quanto ao objeto do TC 047.721/2020-0: a morosidade na aquisição de agulhas e seringas foi mais uma das vertentes que expôs o planejamento deficiente que ocorreu no Brasil em 2020/2021 em relação ao processo de combate à Covid-19 por parte do governo federal.

138. Em termos globais quanto ao presente acompanhamento, a conclusão à qual se pode chegar é a de que o governo federal apresentou, em vista **da falta de clareza, desde os primeiros momentos da pandemia, de qual estratégia deveria seguir e ante a insuficiência dos esforços de liderança, estratégia e coordenação em nível nacional**, uma resposta aquém da esperada à pandemia da Covid-19, mesmo levando-se em conta as dificuldades estruturais, preexistentes, do SUS.

ENCAMINHAMENTO

139. Ante o exposto, este representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União manifesta-se de acordo com a proposta da SecexSaúde (peças 605-607), com os seguintes ajustes e acréscimos:

a) alterar a redação da letra "a" do item II do parágrafo 934 do relatório à peça 605 (p. 132) e o subitem XIV do parágrafo 934 do relatório à peça 605 (p. 135), de modo que passem a ter o seguinte teor:

a) nos termos dos arts. 16, § 1º, da Lei 8.080/1990, 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, e 1º e 2º

[47] Relatório sobre as Contas do Presidente da República do exercício de 2020: "O Produto Interno Bruto (**PIB**) (...) alcançou o valor de R$ 7.447.858 milhões no exercício de 2020, valor 4,06% inferior, em termos reais, ao do PIB de 2019, de R$ 7.762.961 milhões. **Esse indicador foi profundamente afetado pelos efeitos da crise da Covid-19 sobre a economia, que deprimiu significativamente o resultado do PIB no segundo semestre de 2020, com impacto sobre todo o exercício**." (peça 27, p. 7, do TC 014.922/2021-5 – grifos nossos).

da Portaria MS 913/2022, no dever de precaução e nos princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, dando publicidade aos atos instituídos (**item 3.1.1**): (...)

XIV – Em relação à representação apresentada no TC 016.191/2021-8, propõe-se que seja encaminhada ao representante e ao Presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, nos termos do subitem 9.2.2 do Acórdão 1.766/2022-TCU-Plenário, a deliberação deste sétimo ciclo, destacando que o Relatório e o Voto que o fundamentam podem ser acessados por meio do endereço eletrônico www.tcu.gov.br/acordaos e que, caso tenham interesse, o Tribunal pode encaminhar-lhes cópia desses documentos sem quaisquer custos, e, no mérito, seja considerada **parcialmente procedente**;

b) desapensar o TC 000.344/2021-4 dos presentes autos e apensá-lo ao TC 037.480/2021-9, em cumprimento ao Acórdão 676/2022-TCU-Plenário;

c) juntar ao TC 037.480/2021-9 cópia das peças do TC 014.575/2020-5 (peças 452-455; 472-488) relacionadas às audiências determinadas no subitem 9.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, para análise em conjunto e em confronto com as demais audiências determinadas no item 9.4 do mesmo acórdão, bem como das audiências decorrentes da ausência de monitoramento do consumo de oxigênio medicinal apurada no TC 000.344/2021-4, nos termos do voto do relator, Ministro Benjamin Zymler, no Acórdão 676/2022-TCU-Plenário;

d) incluir, no item "a3" da proposta de encaminhamento do relatório da SecexSaúde (peça 605, p. 133), o consumo de oxigênio medicinal como um dos indicadores relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional encerrada a serem monitorados junto a estados e municípios, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em eventuais cenários de elevação atípica de internações em decorrência de quadros respiratórios graves, mesmo que restritos a âmbitos locais ou regionais;

e) comunicar ao Congresso Nacional sobre a ausência de normatização de procedimentos de pesquisa de preços para produtos e serviços adquiridos pelos entes federativos por meio de requisição administrativa, nas hipóteses previstas no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal; no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990; e no art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, para adoção das medidas que considerar cabíveis.

É Relatório.

VOTO

Em apreciação, sétimo ciclo de acompanhamento realizado para avaliar a estrutura de governança adotada pelo Ministério da Saúde – MS para o combate à crise gerada pela covid-19 e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo referido ministério e órgãos e entidades a ele vinculados, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade, selecionados a partir do levantamento de riscos realizado pela unidade técnica.

2. Neste ciclo, foram elaboradas dez questões de auditorias agrupadas em cinco grandes temas: i) governança do MS para enfrentamento da pandemia de covid-19; ii) aspectos orçamentários e financeiros; iii) acompanhamento de contratos relativos à covid-19; iv) requisições administrativas de equipamentos e insumos médicos pelo MS; v) processos de vacinação contra covid-19.

3. Além dos grandes temas acima mencionados, que serviram de linha mestra para a organização do relatório de acompanhamento apresentado pela equipe de auditoria da Secretaria de Controle Externo em Saúde – SecexSaúde (peça 605), o presente acompanhamento também cuidou do monitoramento das determinações e recomendações exaradas nos ciclos anteriores deste acompanhamento.

4. Após analisar os comentários dos gestores ao relatório preliminar a eles submetido, a SecexSaúde, em uníssono (peças 605 a 607), pugna pela expedição de determinação ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, com vistas a incrementar a transparência das informações relativas à sua atuação, de recomendações ao MS para melhoria da gestão das ações de enfrentamento da pandemia, além de recomendação à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia e expedição de ciências ao MS para a necessidade de observância de dispositivos normativos afetos ao enfrentamento da pandemia de covid-19.

5. Em derradeiro, a mencionada unidade instrutiva sugere a adoção de diversas medidas de caráter interno, com vistas a permitir o adequado trâmite do presente processo e a tratar de questões relacionadas àquelas analisadas neste sétimo ciclo de acompanhamento.

6. Mediante solicitação de peça 626, o representante do MPTCU, Procurador Rodrigo Medeiros de Lima, requereu a oportunidade de oficiar no presente processo, o que foi por mim deferido por meio do Despacho de peça 628.

7. Em minudente parecer à peça 630, o D. Procurador trouxe considerações pertinentes acerca da tibieza das ações de governança adotadas no âmbito do MS, notadamente em face da ausência de uma estratégia clara e sinérgica por parte do alto escalão governamental integrante do então Centro de Governo – CG para o enfrentamento da pandemia, conforme restou apurado no âmbito dos Acórdãos 1.616/2020, 4.075/2020 e 1.533/2021, todos do Plenário e de minha relatoria.

8. No mérito, o *Parquet* de Contas, ao manifestar sua concordância com a essência das propostas da SecexSaúde, sugere ajustes na fundamentação normativa que embasa a proposta de recomendação direcionada ao MS para a elaboração de normativo que oriente acerca das ações que deverão ser executadas no enfrentamento à pandemia de covid-19, após o fim da Espin, o acréscimo, entre os indicadores a serem monitorados pelo MS, daquele relativo ao consumo de oxigênio medicinal, bem como considerar parcialmente procedente a representação de que trata o TC 016.191/2021-8, apreciada nesta oportunidade.

9. Em adição, sugere a adoção de medidas internas de organização processual com vistas a dotar de maior eficiência as apurações de eventuais responsabilidades de gestores no enfrentamento da pandemia.

10. Manifesto, na essência, minha concordância com as conclusões e as propostas de encaminhamento sugeridas pela SecexSaúde, com os ajustes aduzidos pelo MPTCU, razão pela qual adoto os fundamentos apontados nos pareceres prévios e reproduzidos no relatório precedente em minhas razões de decidir.

11. Para facilitar a melhor compreensão dos inúmeros temas tratados neste acompanhamento, o presente voto segue, de forma sumarizada, estrutura similar àquela adotada no relatório elaborado pela equipe de auditoria da SecexSaúde (peça 605).

12. Feitas essas considerações iniciais, passo a tratar das questões mais relevantes apontadas pela unidade instrutiva.

II – Governança do Ministério da Saúde para Enfrentamento da Pandemia

13. No presente acompanhamento, com relação à governança do MS para o enfrentamento da pandemia, os seguintes tópicos foram avaliados: i) encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - Espin; ii) definição e utilização de indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; iii) estruturação do SUS para enfrentamento da síndrome pós-covid; iv) estruturação para enfrentamento das variantes de preocupação; v) Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG e a covid-19.

II.1 - Encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - Espin

14. O Ministério da Saúde declarou a Espin em decorrência da pandemia de covid-19 em 3/2/2020, mediante a Portaria GM/MS 188/2020, cuja proposta de encerramento competeria à Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 – Secovid, criada por meio do Decreto 10.697/2021.

15. Em 22/4/2022, foi publicada a Portaria GM/MS 913/2022 que declarou o encerramento da Espin a partir de 22/5/2022, garantido o prazo de trinta dias para a adoção de medidas de transição, a exemplo do ajuste de compromissos já firmados pelos entes subnacionais. Contudo, o Conass e o Conasems haviam solicitado um prazo maior para tanto, de noventa dias.

16. Consoante nova informação trazida pelo MPTCU, em 20/6/2022, entrou em vigor o Decreto 11.098/2022 que, entre outros, revogou o Decreto 10.697/2021, que havia criado a Secovid. Tal iniciativa, antes mesmo de a OMS ter decretado o fim da pandemia, poderá trazer consequências graves no acompanhamento das ações adotadas pelo MS para o enfrentamento da pandemia, na medida em que elas serão implementadas de forma descentralizada dentro da estrutura organizacional vigente do citado Ministério.

17. Nesse processo de encerramento da Espin, chamou a atenção a inexistência de planejamento estruturado para sua execução, pois nem a portaria de encerramento, nem os documentos prévios que a embasaram trouxeram orientações acerca das ações que ainda ficariam a cargo do MS, o que pode comprometer a continuidade das ações de enfrentamento da pandemia, em momento de elevação dos casos de contaminação, de óbitos e da eventual descoberta de novas variantes do vírus.

18. Conforme apurado pela equipe de auditoria, as únicas ações mantidas para enfrentamento da pandemia após o encerramento da Espin estão relacionadas à atenção primária à saúde, que seria realizada pelo Programa Previne Brasil, e à manutenção do modelo de vigilância de síndromes gripais por vírus respiratórios de importância de saúde pública.

19. Diante da inexistência de um plano claro de transição, com a definição das ações que devem ser mantidas, dos respectivos responsáveis por sua adoção, dos recursos necessários e dos indicadores a serem monitorados, manifesto minha concordância com a proposta da SecexSaúde para que seja recomendado ao Ministério da Saúde que: i) estabeleça normativo de orientação indicando as ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus que continuarão sendo executadas e a responsabilidade pelo seu implemento, a exemplo das ações que envolvam vacinação, testagem, investigação genômica, leitos, medicamentos e insumos, oxigênio, apoio financeiro, profissionais de saúde, exigência de passaporte vacinal e campanha de orientação da população; ii) elabore um plano de encerramento da Espin que contemple os impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e as estratégias de mitigação e plano de retomada frente a um possível recrudescimento do cenário epidemiológico; iii) monitore indicadores relacionados à Espin encerrada, a exemplo da taxa de ocupação de leitos, de cobertura vacinal, entre outros.

20. Com relação à sobredita recomendação, acolho a proposta do MPTCU para que seja alterada a base de sua fundamentação sugerida pela unidade técnica, de sorte a inserir o disposto nos arts. 1º e 2º da Portaria MS 913/2022, dispositivos que tratam, respectivamente, do encerramento da Espin e da necessidade de o MS orientar os estados, DF e municípios sobre a continuidade das ações que compõem o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus, e a excluir a referência ao art. 3º, inciso V, letra "d", da Portaria GM/MS 188/2020, bem como ao art, 46-A, inciso I, do Decreto 9.795/2019, alterado pelo Decreto 10.697/2021, em face da extinção da Secovid pelo Decreto 11.098, de 20/6/2022.

21. Registro que as medidas acima sugeridas também são essenciais para a estruturação do MS no enfrentamento das novas variantes de preocupação do vírus da covid-19, mesmo após o encerramento da Espin, conforme tratado adiante no tópico II.4 deste Voto.

22. Ademais, com a extinção da Secovid/MS entendo caber orientação à SecexSaúde para que, no próximo ciclo de acompanhamento traga ao conhecimento deste Plenário mais informações sobre a forma como o MS tem se desincumbido para manter a visão do todo quando do exercício das atribuições antes delegadas à dita Secretaria.

II.2 - Indicadores de Gestão, Planejamento, Monitoramento e Avaliação

23. Indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação constituem ferramental necessário para dar suporte a decisões, porquanto permitem a identificação de problemas e a adoção de medidas corretivas.

24. Na área de saúde, a previsão para a utilização desses indicadores no apoio à gestão encontra respaldo no art. 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990, c/c art. 11, inciso VIII, do Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017.

25. O MS definiu três grandes grupos de indicadores: i) os de vigilância epidemiológica e sanitária, a exemplo de incidência da doença, óbitos e cobertura vacinal; ii) os de assistência, a exemplo capacidade da rede hospitalar, treinamento das equipes; iii) os das áreas jurídica/econômica, que considera a necessidade de edição de normativos para regulamentar ações emergenciais diante dos recursos financeiros.

26. Não foram constatadas, nos sistemas públicos e painéis de informação do MS, informações dos indicadores de vacinação contra covid-19 por grupo prioritário e por faixa etária, envolvendo metas de cobertura, resultados alcançados e contramedidas associadas ao não alcance das metas fixadas.

27. A ausência desses dados dificulta a avaliação da evolução vacinal e da eficácia das vacinas por grupo prioritário e faixa etária, a comprometer a adoção de ações de divulgação da

necessidade de vacinação para os públicos específicos ou mesmo a promover a busca ativa desse público.

28. Ante o exposto, aquiesço à proposta da unidade técnica para que seja recomendado ao Ministério da Saúde a adoção de providências para registrar nos sistemas públicos a cobertura vacinal para cada grupo prioritário e cada faixa etária, informando as metas de vacinas e percentuais alcançados.

II.3 – Estruturação do SUS para Enfrentamento da Síndrome Pós-Covid

29. A Síndrome Pós-Covid ou Covid Longa ou Condições Pós-Covid são termos sinônimos utilizados para descrever um conjunto de manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes após a infecção aguda pelo vírus da covid-19, quando estas não são atribuídas a outras causas, acompanhando a definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS e com base em evidências científicas.

30. Para o enfrentamento dessa situação e com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre as condições pós-covid, o MS elaborou notas técnicas, a exemplo daquelas de números 7/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 26/3/2021, e 62/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 25/11/2021, apesar de ter esclarecido que não existem recursos alocados no orçamento especificamente para essa atividade.

31. Relativamente ao enfrentamento da pandemia, foram alocados R$ 49,6 bilhões no orçamento de 2021 e, para o ano de 2022, foi previsto o valor de R$ 7,1 bilhões. Mais recentemente, a Portaria GM/MS 377, de 22/2/2022, garantiu incentivo financeiro de caráter temporário aos municípios e ao Distrito Federal, no valor total de R$ 159,91 milhões, repassados fundo a fundo de forma automática e em parcela única, para ações de Atenção Primária à Saúde relacionadas ao cuidado de pessoas com condições pós-covid.

32. Estudos internacionais indicam que os percentuais de pessoas com manifestações pós-covid variam entre 51% e 76% das pessoas contaminadas. No Brasil, estimam-se mais de dez milhões de casos de pessoas com síndrome pós-covid, de sorte que apenas a partir deste ano, de acordo com o MS, os atendimentos serão registrados a permitir a exata identificação desse quantitativo.

33. A equipe de auditoria também constatou que, de modo geral, não existem informações estruturadas de casos de morbidade e mortalidade por condições pós-covid nos anos de 2020, 2021 e 2022.

34. A ausência dessas informações dificulta o adequado planejamento das ações a serem adotadas tanto pelo MS quanto pelos entes subnacionais para o enfrentamento do cenário decorrente da síndrome pós-covid e a adoção do tratamento mais indicado para as pessoas por ela acometidas.

35. Agrava esse quadro o fato de que grande parte dos mais de dez milhões de pacientes com a síndrome pós-covid depende de atendimento no SUS, a demandar ainda mais a adequada utilização dos recursos públicos destinados à saúde.

36. A par de tais constatações, tenho por adequada a sugestão da equipe de auditoria de expedir recomendação ao MS, com os ajustes que entendo adequados, no sentido de que ele adote providências para identificar, quantificar e dar publicidade, como por exemplo nos boletins epidemiológicos, dos casos de morbidade e mortalidade decorrentes de condições pós-covid-19 e das ações realizadas para minimizar seus impactos à população.

II.4 – Estruturação para Enfrentamento das Variantes de Preocupação

37. O MS, em conjunto com a Anvisa, tem buscado adotar ações com vistas a identificar a ocorrência de novas variantes de preocupação do vírus da covid-19 circulantes no país, bem como a evitar e mitigar a introdução dessas variantes no território nacional.

38. A variante Ômicron, identificada em novembro de 2021, foi a responsável pelo aumento do número de contaminações por covid-19 nas últimas semanas de janeiro de 2022, sendo atribuído a ela 85% dos casos registrados no País. Tal cenário motivou o MS a orientar pela adoção de medidas com a finalidade de ampliar a taxa de imunização da população elegível, o incremento no número de doses de reforço a serem aplicadas e a adoção de esquemas extraordinários de vacinação.

39. No enfrentamento das ondas de contaminação em razão da disseminação das novas variantes virais, o MS tem monitorado a quantidade de leitos de UTI e de enfermaria disponíveis para pacientes com covid-19. Vale dizer que o MS analisa os pedidos dos gestores locais para a abertura de novos leitos e, de acordo com sua capacidade orçamentária, habilita novos leitos de UTI, nos termos da Portaria GM/MS 829/2021.

40. De acordo com o Ministério, em dezembro de 2020, havia 22.417 leitos de UTI-covid disponíveis. No ápice da pandemia no ano de 2021, havia 26.669 leitos, reduzido para 15.845 leitos em janeiro de 2022, mas com a possibilidade de se aproveitar a estrutura existente e alcançar novamente a disponibilidade máxima de leitos observada no ano de 2021. A criação e a habilitação de leitos nos anos de 2020 e 2021 custou R$ 14,18 bilhões à União.

41. Informações obtidas junto às secretarias estaduais de saúde dão conta de que os ventiladores pulmonares distribuídos pelo MS foram realocados para locais de maior necessidade e que a maior parte deles continuam em pleno funcionamento.

42. Dada a relevância da garantia de pronta resposta à elevação da demanda por leitos para pacientes com covid-19, mesmo com a finalização da Espin, recomenda-se que o MS se mantenha vigilante e monitorando os indicadores relativos à taxa de ocupação desses leitos, consoante já expendido neste voto.

43. Relativamente ao suprimento de oxigênio medicinal, a União, por meio do MS, possui papel complementar, cabendo aos entes subnacionais o monitoramento e o suprimento desse insumo. Nesse cenário, o MS elaborou o Plano Oxigênio Brasil que engloba ações voltadas ao apoio extraordinário a estados e municípios, quando do exaurimento de suas capacidades.

44. O suprimento dos medicamentos para Intubação Orotraqueal (IOT), que compreendem, entre outros, anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, apesar de ser de responsabilidade dos entes subnacionais, também conta com a atuação do MS, que procura manter estoque de reserva correspondente a sessenta dias de consumo, baseado na média de consumo das sessentas semanas anteriores.

45. Nos anos de 2020 e 2021, foram distribuídos pelo Ministério 22,2 milhões de medicamentos IOT, com estoque atual da ordem de 18 milhões desses medicamentos, razão pela qual recomenda-se que o MS, mesmo com o fim da Espin, continue monitorando os indicadores atinentes à cobertura de medicamentos IOT, conforme já tratado neste Voto.

46. Com relação à vacinação contra a covid-19, é digno de nota que o Brasil conta com 38 mil salas de vacinação, podendo chegar a 50 mil postos de vacinação em época de campanhas. Até o final do ano de 2021, foram distribuídas mais de 400 milhões de doses de vacina, com a aplicação de 334 milhões de doses, o que resultou em mais de 144 milhões de pessoas com o esquema vacinal completo. Para o ano de 2022, a expectativa é distribuir mais de 354 milhões de doses.

47. O MS, ao monitorar a aplicação das vacinas pelos entes subnacionais, tem identificado estados com dificuldades de alcançar coberturas vacinais adequadas, em especial aqueles da Região Norte. Para mitigar tal ocorrência, o Ministério, em parceria com a OPAS, está desenvolvendo projeto com vistas a dar suporte técnico e operacional para municípios com baixa cobertura vacinal.

48. Apesar de os números indicarem a existência de quantidade suficiente de doses de vacina para a imunização de toda população-alvo, os percentuais de cobertura vacinal de grupos prioritários e por faixa etária não são divulgados nos sistemas públicos do MS, consoante já tratado neste Voto.

49. Dada a relevância na continuidade de acompanhamento da aplicação desses imunizantes, recomenda-se ao MS que, mesmo com o encerramento da Espin, continue monitorando os indicadores relativos à cobertura vacinal, conforme já aduzido neste Voto.

50. A vigilância sanitária e o controle de viajantes em portos, aeroportos e fronteiras terrestres, em razão da pandemia de covid-19, foi regulamentada, em fevereiro de 2022, pela Portaria Interministerial 666/2022 (peça 400, p. 10), que passou a exigir dos viajantes internacionais a apresentação de testes pré-embarque, preenchimento da Declaração de Saúde do Viajante (DSV), comprovante de vacinação contra a covid-19 e quarentena após desembarque no Brasil.

51. Com a redução do número de contaminações e óbitos a partir de meados de março de 2022, a Anvisa elaborou a Nota Técnica 40/2022 (peça 435) que serviu de base para a aprovação da Portaria Interministerial 670/2022 que manteve como exigência para a entrada de viajante internacional apenas a apresentação de comprovação do ciclo vacinal completo, salvo nas hipóteses em que ele não puder tomar vacina por condição médica, aos provenientes de países com baixa cobertura vacinal e aos residentes no Brasil que não estejam completamente vacinados, hipóteses em que será exigido a apresentação de resultado negativo para covid-19 em teste recente.

52. Observo que a exigência de apresentação de carteira de vacinação para viajantes estrangeiros foi objeto de recomendação constante do subitem 9.4 do Acordão 2.878/2021-TCU-Plenário, de minha relatoria, quando da apreciação do sexto ciclo de acompanhamento, medida que foi cumprida pela expedição das Portarias Interministeriais 663/2021 e 660/2022.

53. Em razão da importância do controle de fronteiras em seus diversos modais para evitar a disseminação de novas variantes em território nacional, recomenda-se ao MS a especificação das ações a serem adotadas após o fim da Espin, a exemplo da exigência do passaporte vacinal dos viajantes internacionais, conforme já mencionado neste Voto.

54. O MS esclareceu que tem adotado ações com vistas a proceder o sequenciamento genômico para mapear as variantes do vírus da covid-19, em especial, as variantes de preocupação que circulam no país e a eventual predominância de uma delas.

55. Conforme Boletim Epidemiológico 113, relativo à semana epidemiológica de 14 a 25/5/2022, a variante Ômicron era a predominante no país, com a identificação das seguintes sublinhagens dessa variante: BA.1, BA.1.1, BA.2 e BA.3, com evidências que sugerem que a sublinhagem BA.2 é mais transmissível que a BA.1, porém sem impacto na severidade da doença.

56. Observa-se que a investigação genômica das variantes do vírus da covid-19 que circulam no país é medida essencial para permitir a adoção de estratégias mais adequadas para a contenção de sua disseminação no território nacional, razão pela qual se recomenda ao MS que, entre as ações que devem ser mantidas após o fim da Espin, esteja aquela relacionada à investigação genômica, conforme já tratado neste Voto.

57. A equipe de auditoria identificou, por meio de pesquisa no painel LocalizaSus realizada em 8/4/2022, que foram distribuídos pelo MS desde o início da pandemia 17.891 ventiladores pulmonares, sendo 8.912 para estados e 8.979 para municípios. Com relação aos equipamentos de proteção individual – EPI, o mesmo painel de informações do MS apontou que foram distribuídos mais de 363 milhões de unidades para os entes subnacionais.

58. Vale o registro de que o MS se utiliza também da estratégia de estruturação e instalação de unidades de saúde de caráter excepcional e temporário, os denominados "hospitais de campanha", para abrir novos leitos para tratamento de pacientes acometidos pela covid-19 em momentos de pico dos casos de contaminação.

59. A Portaria GM/MS 1.514/2020, alterada pela Portaria GM/MS 1.863/2020, definiu os critérios técnicos para a implantação dessas unidades hospitalares, de sorte que os recursos necessários para sua estruturação correm por conta do orçamento da saúde.

60. A manutenção de cadastros de profissionais de saúde capacitados e aptos a trabalhar no enfrentamento da pandemia de covid-19 constitui estratégia de suma importância a ser adotada pelos gestores de saúde.

61. Nesse sentido, foi instituído o programa "O Brasil Conta Comigo" que tem por objetivo constituir cadastro nacional de profissionais de saúde contemplando 14 categorias da saúde, totalizando 1.007.118 profissionais cadastrados, cujo recrutamento caberá aos gestores locais. Desse público, foram capacitados 345.437 profissionais e 454.250 se declararam dispostos a atuar nas ações de enfrentamento à pandemia.

62. Esse cadastro permitirá a identificação e o recrutamento mais célere dos profissionais de saúde pelos gestores estaduais e municipais em momentos que possam exigir uma atuação mais ampla e efetiva em razão de eventuais novas ondas de contaminação por covid-19, em face da sobrecarga de trabalho, motivo pela qual cabe recomendação ao MS para a manutenção desse tipo de ação mesmo após o encerramento da Espin, conforme já mencionado neste Voto.

63. De igual modo, as campanhas publicitárias para esclarecimento da população, já adotadas no âmbito do MS, mostram-se fundamentais no combate à disseminação do vírus e conscientização da população, na medida em que divulgam tanto as medidas de restrição do convívio social quanto acerca da importância da vacinação.

64. As ações relacionadas a essas campanhas devem ser mantidas pelo MS, a despeito do fim da Espin, razão pela qual foi exarada recomendação nesse sentido àquele Ministério, consoante já asseverado neste Voto.

65. Em março de 2022, foi publicada a Lei 14.313/2022 que alterou a Lei 8.080/1990 para ampliar a competência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, de sorte a permitir que ela possa recomendar a utilização de medicamentos para uso distinto daquele aprovado pela Anvisa (uso *off label*), desde que comprovado por evidências científicas.

66. Sobre o tema, tramita no TCU o TC 019.895/2020-8, que versa sobre o uso *off label* da cloroquina e hidroxicloroquina em pacientes com covid-19, oportunidade em que a matéria será devidamente analisada.

67. O MS informou que nos anos de 2020 e 2021 foram repassados mais de R$ 7 bilhões para a estruturação da rede de Atenção Primária à Saúde – APS, com o objetivo de minimizar os efeitos da pandemia na promoção da saúde voltada para a atenção primária.

68. Diga-se que a atenção primária é a porta de entrada do paciente no SUS, razão pela qual ela foi incluída no plano de enfrentamento da variante Ômicron, além de integrar as ações para tratamento da síndrome pós-covid, motivos que justificam a expedição de recomendação ao

MS para a manutenção desse tipo de ação mesmo após o encerramento da Espin, consoante já mencionado neste Voto.

II.5 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG e a Covid-19

69. O MS monitora casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG desde junho de 2009, quando foi declarada pela OMS a pandemia de influenza causada pelo vírus H1N1, mediante a utilização do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe – Sivep-Gripe, sistema que também registra os casos de contaminação e óbito por covid-19.

70. As informações registradas no Sivep-Gripe permitem, relativamente aos casos de covid-19, a compreensão da real extensão da pandemia no Brasil, a exemplo de possibilitar acompanhar a taxa de mortalidade dos internados que necessitaram de suporte ventilatório, comparar taxas de mortalidade de pessoas que foram vacinadas com as que não foram, verificar lapso temporal entre a data dos primeiros sintomas e a da internação hospitalar, entre outros.

71. Contudo, essas informações podem ser melhoradas de modo a permitir um controle mais adequado acerca da efetividade dos medicamentos específicos para o tratamento da covid-19 e da eficácia das doses adicionais de vacina para evitá-la ou atenuar os efeitos de sua contaminação.

72. Essa oportunidade de melhoria dos dados que integram as bases do Sivep-Gripe foi observada pela equipe de auditoria, na medida em que não foram identificados campos que possam comportar os registros relacionados à prévia vacinação do usuário contra a influenza, ao uso de antivirais específicos para o tratamento da covid-19 ou à aplicação, pelos gestores locais, de doses adicionais, ainda que não objeto de recomendação pelo Ministério da Saúde – MS.

73. A par dessa constatação, aquiesço à proposta da unidade técnica para que seja recomendado ao MS que inclua nos registros do Sivep-Gripe dados sobre: i) dados imunização contra a influenza; ii) o uso de medicamento específico para o tratamento da covid-19; e iii) a aplicação de dose adicional de vacina contra a covid-19 pelos gestores locais.

III – Aspectos Orçamentários e Financeiros

74. A equipe de auditoria buscou avaliar se o planejamento orçamentário para o ano de 2022 foi adequado, com a destinação de recursos em valores suficientes para atender aos gastos com as ações de enfrentamento da pandemia de covid-19.

75. Para o ano de 2022, foi fixada uma dotação orçamentária da ordem de R$ 30,57 bilhões, dos quais R$ 5,65 bilhões foram destinados ao pagamento do Auxílio Emergencial, R$ 10,05 bilhões para aquisição de vacinas e R$ 14 bilhões para demais despesas adicionais do Ministério da Saúde e demais ministérios, além de R$ 150 milhões e R$ 720 milhões para, respectivamente, os programas de "Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e da Renda" e "Financiamento da Infraestrutura Turística".

76. A título de comparação com os exercícios anteriores, para o ano de 2020 constou a dotação orçamentária atualizada de R$ 69,88 bilhões alocada na ação orçamentária específica 21C0 – Enfrentamento da Espin, dos quais R$ 63,74 bilhões foram destinados ao MS, e para o ano de 2021, apesar de não ter sido utilizada a ação 21C0, foram abertos créditos extraordinários na função da saúde, via medidas provisórias, no montante de R$ 56,74 bilhões.

77. A execução orçamentária em 2022, até o dia 18/4/2022, nas ações de combate à covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde - MS, apresentou dotação atual de R$ 11,6 bilhões, com valores empenhado, liquidado e pago, respectivamente, de R$ 7,3 bilhões, R$ 2,73 bilhões e R$ 2,69 bilhões.

78. Da dotação atual de aproximadamente R$ 11,6 bilhões, R$ 8,78 bilhões foram alocados para aplicação direta pelo MS, R$ 1,06 bilhão para transferências a estados e ao DF – fundo a fundo e R$ 1,67 bilhão para transferências a municípios – fundo a fundo.

79. Chama a atenção, conforme informações trazidas pela unidade técnica, a baixa execução financeira dos recursos descentralizados no ano de 2022. Enquanto o MS empenhou 74,85% da dotação a ele destinada, os municípios empenharam 34,55% e os estados e DF, apenas 5,29%.

80. Ainda com relação à execução orçamentária e financeira, foi apensado a este processo o TC 012.390/2021-6, por força do Acórdão 258/2022-TCU-Plenário.

81. Da análise procedida (peça 605), destaco que a unidade técnica concluiu, no mérito, pela sua procedência parcial quanto à ausência de ação orçamentária específica para o enfrentamento da covid-19 no orçamento de 2021, situação devidamente enfrentada pela determinação constante do subitem 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, o qual determinou ao MS que elaborasse planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas, para o enfrentamento da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, no ano de 2021.

82. Com relação à falta de previsão de ação orçamentária específica para o combate à covid-19 no orçamento de 2021, assiste razão o denunciante, razão pela qual a denúncia deve ser considerada procedente nesta questão, sendo dispensada a expedição de determinação ao MS em face de já ter sido exarada no subitem 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário.

IV – Acompanhamento da Execução dos Contratos Relativos à Covid-19

83. No presente ciclo, foram avaliados cinco contratos celebrados pelo MS (Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021), todos para a aquisição de medicamentos para intubação orotraqueal - IOT, no valor total de R$ 95,66 milhões.

84. Todos os contratos foram fundamentados nos Pregões Eletrônicos de Registro de Preços 110/2020 e 124/2020 que já estavam cancelados tacitamente, pois realizados sob a égide da Lei 13.979/2020, cuja vigência encerrou-se em 31/12/2020, em razão do fim da vigência do Decreto Legislativo 6/2020 na mesma data, decreto que condicionava a produção de efeitos da citada lei.

85. Há que se mencionar que os contratos assinados sob a égide da Lei 13.979/2020, por força do disposto em seus arts. 8º e 4º-H, teriam prazo de validade de seis meses, podendo ser prorrogados por períodos sucessivos enquanto vigorasse o Decreto Legislativo 6/2020, hipóteses não aplicáveis a tais contratos, na medida em que todos eles foram assinados em 2021, quando a mencionada lei já não estava mais vigente.

86. A SecexSaúde, apesar de reconhecer que a não realização de novo certame seletivo no ano de 2021 impossibilitou a participação de novos fornecedores e até mesmo uma possível queda nos preços dos produtos registrados nas atas de 2020, entendeu que não seria possível responsabilizar os gestores do MS, em razão da disposição que integra o art. 28 da LINDB, que requer a presença de dolo ou de erro grosseiro em sua conduta para fins de responsabilização.

87. Para a referida unidade técnica, tendo em conta que a perda de validade dos pregões 110/2020 e 124/2020 decorreu de interpretação jurídica e análise sistêmica da legislação em vigor, as assinaturas dos contratos em 2021, tendo por base os referidos pregões que já se encontravam tacitamente cancelados, não podem ser consideradas erro grosseiro ou dolo.

88. Nesse cenário, sugere a expedição de ciência ao MS para que não sejam feitas contratações ou aditivações fundamentadas na Lei 13.979/2020, uma vez que essa norma perdeu sua vigência em 31/12/2020, nos termos do Decreto Legislativo 6/2020.

89. Divirjo da proposta da SecexSaúde.

90. A necessidade de demonstração de que a conduta do gestor público tenha sido pautada pelo erro grosseiro ou dolo com vistas à sua responsabilização, nos termos do art. 28 da LINDB, é exigida, no âmbito desta Corte de Contas, apenas para fins de aplicação de penalidade, conforme sua jurisprudência dominante expressa nos Acórdãos 1.643/2022-TCU-2ª Câmara, 1.691/2020-TCU-Plenário e 2.768/2019-TCU-Plenário, dos quais transcrevo o enunciado elaborado no âmbito da Jurisprudência Selecionada do TCU relativamente ao último *decisum* apontado, de relatoria do eminente Ministro Benjamin Zymler:

> O art. 28 do Decreto-lei 4.657/1942 (Lindb) , que trata da responsabilização pessoal do agente em caso de dolo ou erro grosseiro, não se aplica ao particular contratado pela Administração Pública e se refere exclusivamente à aplicação de sanções, visto que o dever de indenizar os prejuízos ao erário permanece sujeito à comprovação de dolo ou culpa, sem qualquer gradação, como é de praxe no âmbito da responsabilidade aquiliana, inclusive para fins de regresso (art. 37, § 6º, da Constituição Federal) . (destaques não presentes no original)

91. Não restou claro se os contratos ora em menção foram executados em sua totalidade e se os preços neles praticados, relativos ao ano de 2020, ano de realização dos Pregões Eletrônicos 110/2020 e 124/2020, estavam ou não superiores aos observados no ano de 2021, época das assinaturas, razão pela qual não se pode afastar de imediato a possibilidade de ocorrência de dano ao erário.

92. Ademais, ao contrário do que argumenta a unidade instrutiva, a conclusão pela inaplicabilidade das disposições da Lei 13.979/2020 a partir do ano de 2021, em face de sua limitada vigência no tempo por força de expressa e literal disposição do seu art. 8º, é construída de forma direta, sem a exigência de um exercício hermenêutico mais rebuscado, portanto, evidente ao intérprete.

93. Diante de tal constatação, entendo configurada, no caso concreto, a presença do elemento subjetivo relacionado ao erro grosseiro, ante sua definição constante do § 1º, do art. 12, do Decreto 9.830/2019, que regulamentou a Lei 13.655/2018, a seguir transcrito:

> § 1º Considera-se erro grosseiro aquele manifesto, evidente e inescusável praticado com culpa grave, caracterizado por ação ou omissão com elevado grau de negligência, imprudência ou imperícia.

94. Com essas considerações, entendo como medida mais adequada a expedição de determinação à SecexSaúde para que promova a autuação de processo apartado de representação para apurar os indícios de irregularidade relacionados à assinatura dos Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021 para a aquisição de medicamentos para intubação orotraqueal – IOT, com fundamento nos Pregões Eletrônicos de Registro de Preços 110/2020 e 124/2020 que já estavam cancelados tacitamente, pois realizados sob a égide da Lei 13.979/2020, cuja vigência encerrou-se em 31/12/2020, com a apuração, inclusive, de ocorrência de eventual superfaturamento na execução dos referidos contratos.

95. No sexto ciclo de acompanhamento, foram apontados indícios de irregularidades na contratação de seguro de responsabilidade civil para fins de cobertura em razão dos efeitos adversos da aplicação das vacinas dos fabricantes Pfizer e Janssen contra covid-19, envolvendo a cobertura de US$ 50 milhões, franquia de US$ 3 milhões e prêmio de US$ 4,43 milhões, relativamente aos Contratos 52/2021 e 117/2021, ambos da Pfizer, e 51/2021, da Janssen.

96. Referidos indícios, relacionados ao direcionamento na contratação da seguradora e de corretores e à diferença dos valores pagos a título de seguro, estão sendo apurados na representação autuada no TC 043.914/2021-7.

97. A Conjur/MS apresentou a relação de dezessete processos judiciais em que se busca a indenização por responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação. A esse respeito, foi constatado que o MS possui rotina estabelecida para verificar se a condição de saúde do paciente vacinado de fato decorreu de eventuais efeitos adversos da vacina nele aplicada, reunindo elementos para subsidiar a defesa judicial da União.

98. Vale ressaltar que o MS não renovou o seguro quanto aos Contratos 52/2021 e 117/2021 assinados com a Pfizer. Relativamente ao novo Contrato 281/2021, celebrado com a mesma fabricante, não houve a formalização de contrato de seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacina, na medida em que existe a obrigação legal de os entes nacionais constituírem garantias ou contratar seguro privado, nacional ou internacional, nos termos do art. 1º, § 1º, da Lei 14.125/2021.

99. Como forma de dar cumprimento a esse dispositivo legal, o MS, com a concordância do Ministério da Economia, utilizou recursos da ação orçamentária "20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para prevenção e Controle de Doenças", prevista na Lei Orçamentária para 2022, para fazer frente às eventuais despesas decorrentes de efeitos adversos da vacina contra covid-19, para todo tipo de vacina e em todos os esquemas vacinais.

100. Até 5/3/2022 foram notificados 171.076 eventos adversos pós-vacinação – EAPV, conforme Nota Técnica 28/2022/SEI/GFARM/DIRE5/ANVISA (peça 400, p. 29-41), sendo que, desse total, 47,8% são referentes à vacina da AstraZeneca/Fiocruz, 29,1% ao imunizante da Pfizer, 17,3% à CoronaVac e 4,8% à vacina da Janssen.

101. Também foram notificados nove óbitos causados pela síndrome de trombose com trombocitopenia, após imunização com a vacina de adenovírus AstraZeneca, a gerar um índice de 0,0074 óbito por 100.000 doses aplicadas.

102. Esses números, quando comparados aos óbitos em razão da pandemia de covid-19, às mortes que as vacinas evitaram e ao quantitativo de pessoas já imunizadas, dão a dimensão exata de que a vacinação se mostra a melhor forma de se reduzir a contaminação, o desenvolvimento da forma mais grave de covid-19 e dos óbitos dela decorrentes.

V – Requisições Administrativas

103. Requisição administrativa é o instituto previsto no art. 5º, inciso XXV, da CF/1988, por meio do qual o Estado, em caso de iminente perigo público, poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior em caso de dano.

104. Especificamente com relação às ações de enfrentamento da pandemia de covid-19, a Lei 13.979/2020 estabeleceu em seu art. 3º, inciso VII, a possibilidade de requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de justa indenização.

105. Essas requisições - medidas excepcionais a garantir a prevalência do interesse público para suprir alguma necessidade coletiva momentânea à luz dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade - alcançaram os valores de R$ 7,3 milhões em 2020 e R$ 152,9 milhões em 2021. Nesse período, foram requisitados medicamentos, ventiladores pulmonares, oxigênio, máscaras, agulhas e seringas para atender as necessidades da Espin.

106. No presente ciclo, dada a amplitude e a complexidade da matéria, os esforços de fiscalização foram direcionados para a verificação dos procedimentos de utilização do instituto e dos critérios para pagamento das indenizações.

107. A equipe de auditoria identificou a falta de padronização dos procedimentos internos para o cálculo e o pagamento da indenização aos fornecedores dos produtos ou serviços alcançados pela medida.

108. Foi detectado, por exemplo, a indefinição das responsabilidades e atribuições dos setores do MS responsáveis pela execução dos procedimentos internos com vistas a calcular o valor das indenizações, além da existência de critérios diversos, como mediana, média ponderada, média e valores de registros de preços anteriores, para o estabelecimento do preço justo para serviços e produtos semelhantes.

109. Como consequência, as indefinições acima reportadas geraram atrasos nas tramitações das requisições administrativas e não garantiram a observância do preço justo na definição dos valores a serem indenizados.

110. Ante o exposto, manifesto minha anuência à proposta da unidade técnica para que seja recomendado ao MS a adoção de providências com vistas a estabelecer e a padronizar procedimento interno para melhorar a qualidade da instrução processual em requisição administrativa de bens e serviços.

111. Relativamente ao valor a ser indenizado, por inexistir uma metodologia clara e padronizada para sua apuração ou mesmo uma norma expressa que o defina, foi constatado que o seu cálculo foi realizado com base em instruções normativas utilizadas para pesquisa de preços para aquisições em certames licitatórios ou de contratação direta (dispensa ou inexigibilidade de licitação), como forma de apurar o preço justo previsto no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990.

112. Nos processos que foram examinados pela equipe de auditoria, os produtos requisitados estavam em estoque nas empresas, aptos a serem negociados no mercado. Desse modo e à primeira vista, para o fornecedor, o preço justo seria aquele que ele pratica no mercado. Para a administração pública, por outro lado, deveria ser o menor preço praticado no mercado.

113. A inexistência de normatização para o cálculo da justa indenização nas requisições administrativas acarretou a utilização de critérios distintos para produtos similares e de valores muito díspares conforme o critério utilizado.

114. A título de exemplo, cabe citar as requisições de 1.805 ventiladores pulmonares, realizadas em quinze processos de requisição administrativa, a um valor total pago a título de indenização de R$ 97,6 milhões.

115. Consoante calculado pela equipe de auditoria, com a utilização do valor da nota fiscal como critério para cálculo do preço justo, teria ocorrido uma economia de R$ 9,4 milhões. Se o critério fosse com base na média ponderada de R$ 41.571,43 por aparelho, decorrente dos valores que foram encontrados nas pesquisas de preço, a economia seria de R$ 22,5 milhões.

116. Diante de tais constatações, comungo com as conclusões da unidade técnica pela impossibilidade de responsabilização dos agentes públicos que realizaram as pesquisas de preços e os pagamentos das indenizações, seja por inexistir uma norma específica que cuide da padronização e dos critérios que pudessem guiar os cálculos realizados, seja pelo momento emergencial enfrentado de elevada demanda por esse tipo de equipamento para se salvar vidas.

117. Por essas razões, anuo à proposta da SecexSaúde para que seja recomendado à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que elabore normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em requisições administrativas para estabelecimento de justa indenização.

118. Em adição, o MPTCU sugeriu a expedição de comunicação ao Congresso Nacional sobre a ausência de normatização de procedimentos de cálculo de indenizações para produtos e serviços adquiridos pelos entes federativos por meio de requisição administrativa, nas hipóteses previstas no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal; no art. 15, inciso XIII, da Lei

8.080/1990; e no art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, para adoção das medidas que considerar cabíveis.

VI – Vacinação

119. A presente fiscalização buscou avaliar o alcance das metas do Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19 – PNO, bem como das diretrizes na sua aplicação.

120. De acordo com informações trazidas pelo MS, existe a previsão contratual de fornecimento de 230 milhões de doses de vacina contra covid-19 (100 milhões da Pfizer; 120 milhões da Fiocruz e 10 milhões da Fundação Butantan) para o ano de 2022, com a possibilidade de fornecimento adicional de 110 milhões de doses, quantidade suficiente para imunizar a população vacinável com mais uma dose.

121. Especificamente quanto ao público infantil, de 5 a 11 anos, existe a previsão de disponibilidade de 44,66 milhões de doses de vacina, suficiente para atender a demanda do esquema completo de duas doses no ano de 2022, ante uma população estimada em 20,47 milhões de indivíduos.

122. A aplicação do imunizante pediátrico no País teve início em 14/1/2022, com a chegada e a distribuição de 1,2 milhão de doses da Pfizer, produzidas com a dosagem três vezes menor que aquela aplicada em adultos. Além desta fabricante, também foi autorizada a aplicação da vacina da CoronaVac, com dosagem semelhante àquela utilizada em adultos. Para ambas as vacinas, foi mantido para as crianças o mesmo intervalo do esquema vacinal dos adultos, sendo de 8 semanas para a Pfizer e 28 dias para a CoronaVac.

123. A Nota Técnica Secovid/MS 2/2022 estabeleceu as diretrizes para a vacinação do público infantil, além das premissas para sua operacionalização, a exemplo da não obrigatoriedade da vacina, do estabelecimento de grupos prioritários, da inclusão da vacina apenas no PNO e da necessidade do prévio consentimento dos pais ou do responsável.

124. O PNO estabeleceu a meta de se completar o esquema vacinal em 90% da população vacinável. De acordo com a Nota Técnica Secovid/MS 11/2022, o esquema vacinal completo compreende a aplicação das duas primeiras doses e da dose de reforço ou de uma única dose da vacina da Janssen acrescida da dose de reforço após dois meses.

125. Em termos quantitativos, são vacináveis 83,5 milhões de pessoas que integram os grupos prioritários, 76,44 milhões de indivíduos na idade adulta e 40,4 milhões de crianças e adolescentes, totalizando 200,34 milhões de pessoas. Desde o início da vacinação, no início de 2021, já foram distribuídas 476,91 milhões de doses de vacinas, o que resultou na aplicação de quase 390 milhões dessas doses.

126. Até março de 2022, foi atingido o percentual de 88,75% do público-alvo (população com 5 anos ou mais) com pelo menos a primeira dose e 77,23% da população com as duas doses. Esses percentuais variam bastante quando se analisa por faixa de idade, de sorte que quanto maior a faixa etária, maior o percentual de vacinação. Por exemplo, a vacinação de crianças de 5 a 11 anos alcançou os percentuais de 39,3% e 4,7% em relação, respectivamente, à primeira e à segunda doses.

127. Também se observa uma discrepância dos percentuais de vacinação por estado da Federação. De modo geral, os estados da Região Norte e o Maranhão apresentam patamar de vacinação entre 62% e 70%, enquanto nos estados do PR, PI, PB e SP esse percentual ultrapassa os 85%.

128. Essa diferença se deve, em parte, ao fato de que os estados com menor índice de vacinação tendem a ter registros manuais ou em sistemas próprios dos imunizantes aplicados,

informações que podem ainda não constar no sistema nacional de vacinação, além da necessidade de estabelecimento de logísticas distintas em razão do tipo de vacina aplicada e das condições geográficas de alguns estados, como é o caso dos Estados do Pará e do Amazonas.

129. Conforme já mencionado neste voto, dada a relevância na continuidade de acompanhamento da aplicação desses imunizantes, recomenda-se ao MS que, mesmo com o encerramento da Espin, continue realizando campanhas de vacinação e monitorando os indicadores relativos à cobertura vacinal, consoante já salientado neste Voto.

130. O MS assinou oito contratos para aquisição de vacinas contra covid-19, sendo sete em 2021 e um em 2022. Desses contratos, apenas dois deles não apresentaram atrasos no cronograma de entrega das vacinas ou 22,22% do total. Apesar desses atrasos, todas as vacinas previstas em contrato foram entregues.

131. A Resolução-RE 35/2022, da Anvisa, em 7/1/2022, incluiu a Fiocruz como produtora nacional do Ingrediente Farmacêutico Ativo – IFA, decorrente da execução de contrato de encomenda tecnológica com a farmacêutica AstraZeneca e a Universidade de Oxford, com o início da produção do IFA em julho de 2021. Para o ano de 2022, das 105 milhões de doses encomendadas da Fiocruz, 45 milhões serão produzidas com o IFA nacional.

132. A transferência de tecnologia para a produção do IFA nacional fez parte da estratégia do Governo Federal em dotar o país de autossuficiência na produção de vacinas, em ambiente de elevada demanda mundial por imunizantes.

VII – Análise dos Processos Apensados

133. Encontra-se apensado a este processo o TC 016.191/2021-8, por força do disposto no Acórdão 1.808/2021-TCU-Plenário, que trata de representação de membro do MPTCU, baseada em matérias jornalísticas, acerca de possível omissão do Governo Federal ao deixar de adquirir, em 2020, 70 milhões de doses de vacinas oferecidas pela farmacêutica Pfizer, por preços menores do que os praticados pela referida empresa em negociações com outros países, o que gerou atraso na vacinação no país.

134. A análise detalhada da representação foi realizada pela unidade técnica no Apêndice 9 (peça 605, p. 181-183), cuja conclusão de mérito foi por sua improcedência.

135. Relativamente à questão do preço da vacina ofertado pela Pfizer, a unidade instrutiva identificou que se trata de política da farmacêutica cobrar preços diferenciados para países com rendas distintas. Para aqueles com renda média, como é o caso do Brasil, o valor que seria cobrado em 2020 era de US$ 10,00 por dose, enquanto dos EUA, por ter renda superior, seria de R$ 19,50 por dose.

136. Ocorre que em março de 2021, a União comprou 100.001.070 de doses dessa vacina ao custo unitário dos mesmos US$ 10,00, por meio do Contrato 052/2021, o que afasta a ocorrência de eventual prejuízo para os cofres públicos.

137. A SecexSaúde defende que também não restou caracterizada a ocorrência de eventual atraso na vacinação em razão da não aquisição das vacinas ofertadas pela Pfizer em 2020.

138. A autorização para uso da vacina da Pfizer pela Anvisa ocorreu apenas em 23/2/2021, conquanto o início da vacinação no país tenha se dado em 18/01/2021. Ademais, apenas em abril de 2021 a Anvisa ajustou os procedimentos de transporte da vacina da Pfizer, que exigia logística específica para manutenção do imunizante em baixas temperaturas, de sorte a permitir sua circulação pelo território nacional. Por fim, apenas em março de 2021 é que foi aprovada a Lei 14.124/2021, que, entre outras, autorizou a contratação de imunizantes com condições contratuais excepcionais, o que efetivamente permitiu a compra de vacinas desse fabricante.

139. O MPTCU divergiu parcialmente da proposta da SecexSaúde, porquanto, apesar de concordar que inexistiu afronta ao princípio da economicidade com relação aos preços praticados pela Pfizer, quando comparado àquele ofertado em 2020 com o que foi contratado em 2021, ambos no valor unitário de US$ 10,00, entendeu que houve atraso evitável na vacinação em decorrência da não aquisição da vacina da Pfizer ainda no ano de 2020.

140. Em seu parecer, defende o MPTCU que a inexistência de autorização de uso da mencionada vacina não seria fator impeditivo para a assinatura de contrato àquela época, ainda que sujeita a cláusula condicional, o que poderia ter abreviado o tempo de entrega desse imunizante, cujas primeiras doses chegaram no Brasil apenas em 29/4/2021, considerando que o contrato fora assinado em março de 2021, após o registro da vacina em 23/2/2021.

141. Relativamente à dificuldade de transporte da vacina da Pfizer, aduz o MPTCU que ela se faria presente para se alcançar localidades que não contassem com o adequado sistema de refrigeração, o que, contudo, não impediria sua utilização nos grandes centros urbanos, dotados de melhores condições de armazenagem. Assim, a ausência de logística adequada de transporte, em primeiro momento, não justificaria a não aquisição das vacinas da Pfizer.

142. Com relação às disposições trazidas pela Lei 14.124, de 10/3/2021, que autorizou as contratações com condições excepcionais, entende o *Parquet* de Contas que a demora em sua aprovação, mais de um ano após declarada a Espin, decorreu de omissão de gestores do MS e do Centro de Governo – CG em não adotar as medidas pertinentes de forma tempestiva, especialmente se considerada a possibilidade de edição de medida provisória de mesmo teor, dada a relevância e a urgência da matéria a justificar sua adoção. A lei em evidência, inclusive, originou-se da MP 1.026, de 6/1/2021.

143. Manifesto minha concordância com as conclusões do MPTCU.

144. As negociações com a Pfizer começaram em meados do ano de 2020. Naquela época, dado o cenário de agravamento da pandemia, já era sabido que diversos países estavam em busca de aquisição de imunizantes para sua população, a delinear um cenário futuro de forte demanda por esse tipo de insumo nos meses que se seguiriam.

145. De fato, em primeira visão, os eventuais empecilhos apontados pela SecexSaúde, como inexistência de registro para utilização da vacina, de lei que pudesse dar suporte à atuação dos gestores do MS na negociação e contratação de imunizantes, e de infraestrutura adequada de transporte, poderiam servir de justificativa para a não assinatura do contrato com a Pfizer no ano de 2020.

146. Ocorre que, como bem pontuou o MPTCU em seu parecer, tais justificativas não se sustentam a um olhar mais atento.

147. Entendo que a principal dificuldade enfrentada pelos gestores do MS para a assinatura de contrato com a Pfizer ainda em 2020, desde que condicionada à produção de seus efeitos à futura aprovação do registro do citado imunizante, era a ausência de legislação específica que regulasse as condições excepcionais e de urgência a que a contratação estaria submetida.

148. Para mitigar a dificuldade, tais gestores teriam a sua disposição a possibilidade de edição de medida provisória pelo Chefe do Poder Executivo, uma vez caracterizada a situação de relevância e urgência da matéria por ela tratada.

149. Apesar de as negociações terem se iniciado em agosto de 2020, apenas em janeiro de 2021, ou seja, quase cinco meses depois, foi publicada a MP 1.026/2021 que, após três meses, foi convertida na Lei 14.124/2021.

150. Nesse cenário, era de se esperar que tanto o MS quanto o Centro de Governo, criado para o gerenciamento da crise pandêmica, tivessem adotado ações mais consentâneas e emergenciais

para permitir a vacinação da população, em especial, pois tanto o TCU quanto o STF, ainda no ano de 2020, cobravam dos gestores desses órgãos a apresentação de plano de ação para a aquisição e a implementação da vacinação em todo o território nacional.

151. Os demais argumentos trazidos pelo MPTCU, de ordem operacional, também prosperam a favor do entendimento de que teria sido possível a antecipação da vacinação com imunizantes da Pfizer.

152. De fato, a questão inicial da inadequabilidade de estrutura de transporte dessas vacinas, a exigir o seu resfriamento a temperaturas muito baixas, não seria impeditiva para a aquisição de doses para vacinação da população de grandes centros urbanos que contassem com a referida logística. Caso os gestores do MS e do CG tivessem investido em ações de planejamento, poderiam ter negociado a aquisição dessas vacinas em lotes, de acordo com a demanda desses centros urbanos.

153. De igual modo, a inexistência de registro dessa vacina, não poderia constituir em empecilho para a assinatura de contrato de aquisição condicionada à produção de seus efeitos à futura aprovação desse registro, como bem pontuou o MPTCU.

154. A possibilidade hipotética de antecipação da vacinação com imunizante da Pfizer fica tão mais evidente quando se verifica que a chegada das primeiras doses no País ocorreu apenas em 29/4/2021, mais de dois meses após o registro da vacina, em 23/2/2021, intervalo de tempo que poderia ter sido abreviado.

155. Dito de outra forma, a documentação carreada aos autos mostra que a imunização com as vacinas da Pfizer poderia ter ocorrido antes da data em que efetivamente foi iniciada.

156. A demora injustificada na contratação dessas vacinas, conforme restou demonstrada nos autos, é suficiente para que a representação autuada no TC 016.191/2021-8 seja, no mérito, considerada parcialmente procedente, consoante proposta do MPTCU.

157. Deixo de propor qualquer medida tendente a responsabilizar eventuais gestores envolvidos em tal irregularidade em razão de que não constam dos autos elementos suficientes a comprovar a presença de dolo ou culpa grave em suas condutas, caracterizada por omissão com elevado grau de negligência, imprudência ou imperícia, nos termos do art. 28 da LINDB, com redação dada pela Lei 13.655/2018, e art. 12 do Decreto 9.830/2019 que a regulamentou.

158. Também foi apensado a este processo o TC 021.894/2021-3, por ordem emanada no Acórdão 2.207/2021-TCU-Plenário, que cuida de denúncia acerca de indícios de irregularidades relativas à publicidade das informações atinentes à pandemia no âmbito do MS, envolvendo instabilidade, indisponibilidade e desatualização de informações que integram a base de dados abertos.

159. A unidade instrutiva apresentou análise detalhada da referida denúncia e respectiva proposta de encaminhamento no Apêndice 9 (peça 605, p. 177-181), com as quais manifesto minha concordância.

160. As informações trazidas pela AGU (peças 478 e 503-507) foram suficientes para considerar improcedente a denúncia com relação à redução da frequência e da qualidade das interações com a imprensa por meio de entrevistas coletivas, por constituir atividade discricionária do gestor, e insubsistente no que se refere à indisponibilidade da variável "área censitária" na plataforma *on-line* OpenDataSUS, na medida em que o menor dado disponibilizado pelo IBGE é por município, o que demandaria esforços relevantes para a inclusão dessa nova variável.

161. Quanto aos demais tópicos para os quais foram apresentados indícios de irregularidades, a denúncia deve ser considerada procedente, cabendo ainda, para os pontos relacionados a

atrasos e desatualizações de informações, a expedição das seguintes medidas ao referido Ministério:

i) dar ciência de que o atraso na divulgação do Censo Hospitalar ocorrida no ano de 2020, cuja disponibilização dos dados abertos só ocorreu em outubro daquele ano, afronta o que dispõe os artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS 758/2020;

ii) recomendar que: ii.1) mantenha o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) atualizado e busque alternativas para evitar atrasos na alimentação de seus dados juntos aos entes subnacionais; ii.2) mantenha os painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) atualizados; ii.3) mantenha atualizada a periodicidade de divulgação dos boletins epidemiológicos.

162. Cabe o registro de que a Anvisa tem analisado a utilização de medicamentos para tratamento da covid-19, no alívio e enfrentamento dos sintomas gerados pela doença. Já foi aprovada a utilização de nove novos medicamentos, entre sintéticos e biológicos, estão em análise dois medicamentos e foram rejeitados três pedidos para aprovação.

163. Conforme apontado pelo MPTCU, encontra-se apensado ao presente processo o TC 000.344/2021-4, que trata de representação da SecexSaúde acerca de possíveis irregularidades na gestão de recursos e na prestação de serviços de saúde no SUS, em função da falta de fornecimento de oxigênio aos pacientes hospitalizados no Estado do Amazonas em decorrência da covid-19, no mês de janeiro de 2021.

164. Por força do disposto no subitem 9.4 do Acórdão 676/2022-TCU-Plenário, proferido no citado processo, para fins, entre outros, de melhor avaliação da proposta do MPTCU de realizar a audiência de gestores do MS, inclusive do Ministro da Pasta à época, Sr. Eduardo Pazuello, foi determinado que sua análise ocorreria no âmbito do processo apartado que seria constituído em cumprimento ao subitem 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, qual seja, TC 037.480/2021-9.

165. Diga-se que o Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, apreciou o 5º Ciclo de Acompanhamento proferido no âmbito do TC 014.575/2020-5, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

166. A par do exposto, concordo com a proposta do MPTCU para que o TC 000.344/2021-4 seja desapensado dos presentes autos para fins de apensamento ao TC 037.480/2021-9, em cumprimento ao Acórdão 676/2022-TCU-Plenário.

167. Ademais, entendo pertinente a sugestão do MPTCU para que cópias das peças 452-455 e 472-488, todas do TC 014.575/2020-5, em que foram realizadas as audiências determinadas pelo subitem 9.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, sejam juntadas também ao TC 037.480/2021-9, dado que os termos das audiências determinadas nos subitens 9.3 e 9.4 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário se referem praticamente às mesmas irregularidades, perpetradas por distintos agentes.

168. Ainda com relação à falta de oxigênio medicinal observada em Manaus no mês de janeiro de 2021, o subitem 9.2 do Acórdão 676/2022-TCU-Plenário havia determinado ao MS que elaborasse plano de ação para monitorar o abastecimento desse insumo nos estes subnacionais, enquanto perdurasse a Espin.

169. Com o encerramento da Espin em abril de 2022, referida determinação perdeu o objeto, razão pela qual, dada a relevância da questão e em consonância com a proposta do MPTCU, julgo adequado que, entre os indicadores a serem monitorados pelo MS, mesmo com o fim da

Espin, em adição àqueles que já foram sugeridos pela SecexSaúde, seja incluído o indicador relativo ao consumo de oxigênio medicinal pelos entes subnacionais.

VIII - Monitoramento de Determinações e Recomendações

170. A unidade técnica promoveu o monitoramento das deliberações adotadas nos ciclos anteriores, com base nas informações prestadas pelo MS e pela AGU.

171. Foram monitorados os Acórdãos 1.888/2020-TCU-Plenário (subitem 9.1.3), 2.817/2020-TCU-Plenário (subitens 9.1.4, 9.1.5, 9.3.2, 9.3.3 e 9.3.5), 1.873/2021-TCU-Plenário (subitens 9.1.1.1, 9.1.1.2, 9.1.1.3, 9.1.2, 9.1.3, 9.2.1 e 9.2.2), 2.878/2021-TCU-Plenário (subitens 9.1.1.1, 9.1.1.2, 9.1.1.3, 9.1.1.4, 9.1.2, 9.1.3.1, 9.1.3.2, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4 e 9.4).

172. Passo a destacar, entre os itens monitorados, aqueles com cuja análise e conclusão da unidade técnica não me alinho ou que ensejaram alguma atuação complementar por parte desta Corte de Contas.

173. O subitem 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário recomendou ao Ministério da Saúde que implementasse, no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde – FNS, mecanismos de extração gerencial de dados relativos aos recursos transferidos aos entes subnacionais por meio de emendas parlamentares, considerando diretrizes constantes dos incisos I, II, IV e V do art. 3º da Lei 12.527/2011 e o disposto no art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017.

174. Como justificativa para o não cumprimento da referida recomendação, o MS argumentou que, antes da abertura dos dados como sugerido pelo TCU, seria necessário investir na segurança da informação, de sorte a garantir maior controle dos usuários.

175. A argumentação apresentada não pode ser acolhida. As informações que constam do portal do FNS são relativas a convênios e contratos de repasses, saldos de repasses, repasses fundo a fundo, repasses covid-19, instrumentos de investimentos, termos de execução descentralizada, emendas parlamentares, equipamentos e materiais permanentes e obras fundo a fundo, todas de caráter público e de acesso irrestrito, nos termos da Lei 12.527/2011.

176. Como bem asseverado pela unidade instrutiva, a impossibilidade de "extração de dados do FNS apenas dificulta a possibilidade de o controle social apoiar as atividades de controle governamental, bem como a realização de pesquisas e estudos", a comprometer o princípio da publicidade, de assento constitucional.

177. Da forma como os dados são apresentados atualmente no portal do FNS, são permitidos apenas a realização de consultas pontuais, sem a possibilidade de obtenção de dados de forma agregada e em tabelas, a exemplo de arquivos de extensão "csv" ou "xls", a justificar a expedição de determinação nesse sentido, conforme proposto pela SecexSaúde.

178. Diga-se que, ouvido a respeito, o FNS esclareceu que já iniciou os trabalhos com vistas a implementar ferramenta de extração de dados dos painéis de informações disponibilizados no Portal do FNS, o que não inviabiliza a expedição da determinação sugerida pela unidade técnica.

179. Ante o exposto, proponho que seja determinado ao FNS que, em noventa dias e em observância ao princípio constitucional da publicidade, implemente ferramentas que possibilitem a extração dos dados de tabelas dos seus painéis para arquivo de extensão "csv" ou "xls", sem prejuízo de se considerar parcialmente implementada a recomendação disposta no subitem 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário.

180. O subitem 9.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário expediu determinação ao MS para que, em conjunto com os órgãos subnacionais competentes, elaborasse plano de ação com a

identificação de medidas, responsáveis e os prazos para implementação, com vistas a aprimorar a divulgação das informações orçamentárias e financeiras, em sistema próprio ou por meio de outros sistemas já disponíveis.

181. Referida determinação foi objeto de pedido de reexame interposto pela AGU que, apreciado pelo Acórdão 1.162/2022-TCU-Plenário, foi convertida em recomendação e renumerada para o subitem 9.2.6.

182. Diga-se que, apesar de ter tido a oportunidade de se manifestar sobre a referida recomendação quando da possibilidade de apresentação de comentários acerca do relatório preliminar a ele submetido, o MS optou por permanecer silente, razão pela qual deve a recomendação em apreço ser considerada como não implementada.

183. Com relação à determinação ao MS disposta no subitem 9.1.3.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, para que fossem informadas a esta Corte de Contas as ações já adotadas e aquelas que ainda seriam implementadas para evitar a entrada e a disseminação da variante ômicron em território nacional, divirjo da conclusão da unidade instrutiva de que ela seja considera parcialmente cumprida.

184. A SecexSaúde considerou que as medidas adotadas não foram suficientes para mitigar a entrada da variante ômicron no país, apesar de reconhecer que sua disseminação ocorreu por todo mundo.

185. O MS esclareceu que foram publicadas a Portaria Interministerial 666/2022, que dispõe sobre medidas excepcionais e temporárias para entrada no País, bem como a Nota Informativa 2/2022 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS, além do Planejamento de Enfrentamento a Variante Ômicron 2ª Edição, anexado ao Processo 25000.058645/2021-03, que traça as ações realizadas para o enfrentamento do vírus.

186. Apesar de as medidas acima divulgadas não terem sido suficientes para conter a entrada e a disseminação da variante ômicron no Brasil, não se pode descurar que país algum esteve livre da citada variante, a demonstrar a dificuldade em se adotar medidas efetivas de controle para sua contenção.

187. Ademais, o cerne da determinação supra é a apresentação ao TCU das ações implementadas pelo MS, em conjunto com a Anvisa e Casa Civil, para evitar a entrada e a disseminação da variante ômicron no Brasil, que foi devidamente atendida.

188. Do exposto, entendo que a determinação disposta no subitem 9.1.3.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário foi cumprida.

189. Com relação aos demais itens analisados pela SecexSaúde, manifesto minha inteira concordância com as conclusões e propostas apresentadas, razão pela qual adoto os fundamentos por ela apontados em minhas razões de decidir.

190. Observo, por fim, que, em cumprimento ao subitem 9.2.5 do Acórdão 338/2022-TCU-Plenário, proferido nos autos do TC 045.433/2021-6, que trata de solicitação do Congresso Nacional – SCN, cópias do relatório, voto e acórdão proferidos nesta oportunidade devem ser encaminhadas à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados.

Com essas considerações, Voto para que o Tribunal aprove a minuta de Acórdão que ora submeto à consideração deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 19 de outubro de 2022.

Ministro VITAL DO RÊGO
Relator

ACÓRDÃO Nº 2369/2022 – TCU – Plenário

1. Processo TC 015.125/2021-1.
1.1. Apensos: 000.661/2021-0; 021.894/2021-3; 039.026/2021-3; 036.323/2021-7; 019.097/2021-2; 020.811/2021-7; 043.965/2021-0; 016.191/2021-8; 012.390/2021-6; 038.172/2021-6; 000.344/2021-4; 015.675/2021-1; 037.621/2021-1; 038.517/2021-3; 014.192/2021-7; 022.096/2021-3; 015.126/2021-8.
2. Grupo II – Classe de Assunto: V – Relatório de Acompanhamento.
3. Interessados/Responsáveis:
3.1. Interessados: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (03.112.386/0001-11); Secretaria-executiva do Ministério da Saúde (00.394.544/0173-12).
4. Órgão/Entidade: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Vital do Rêgo.
6. Representante do Ministério Público: Procurador Rodrigo Medeiros de Lima.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).
8. Representação legal: Jorge André Ferreira de Moraes (OAB/RJ 148.800) e Dimitri Leal Gasos (OAB/SP 232.506).

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos relativos ao sétimo acompanhamento realizado para avaliar a estrutura de governança adotada pelo Ministério da Saúde - MS para o combate à crise gerada pela covid-19 e os atos referentes à execução de despesas públicas, de forma amostral, pelo referido ministério e órgãos e entidades a ele vinculados, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade, selecionados a partir do levantamento de riscos;

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

9.1. determinar ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, c/c o art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, que, no prazo de 90 dias, implemente ferramentas que possibilitem a extração dos dados de tabelas dos seus painéis para arquivo de extensão "csv" ou "xls", de forma a garantir o atendimento do art. 37, caput, da Constituição Federal, c/c art. 8º, caput e § 1º, inciso V, da Lei 12.527/2011;

9.2. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, c/c o art. 250, inciso III, do RITCU, que:

9.2.1. nos termos dos artigos 16, § 1º, da Lei 8.080/1990, 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, e 1º e 2º da Portaria MS 913/2022, no dever de precaução e nos princípios da razoabilidade e da segurança jurídica, dando publicidade aos atos instituídos:

9.2.1.1. estabeleça normativo de orientação indicando as ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus que continuarão sendo executadas e a responsabilidade pelo seu implemento, especialmente das ações que envolvem vacinação, testagem, investigação genômica, leitos, medicamentos e insumos, oxigênio, apoio financeiro, profissionais de saúde, exigência de passaporte vacinal, campanha de orientação da população;

9.2.1.2. elabore plano de encerramento da Espin que contemple os impactos da revogação da Portaria GM/MS 188/2020 e as estratégias de mitigação e plano de retomada frente a um possível recrudescimento do cenário epidemiológico no contexto da revogação da referida portaria;

9.2.1.3. monitore indicadores relacionados à Espin encerrada, a exemplo da taxa de ocupação de leitos, de UTI e clínicos, de cobertura vacinal, de cobertura de medicamentos de IOT (demanda e consumo) e de consumo de oxigênio medicinal, e nesta hipótese em específico, a ser monitorado junto a estados e municípios em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, em

eventuais cenários de elevação atípica de internações em decorrência de quadros respiratórios graves, mesmo que restritos a âmbitos locais ou regionais;

9.2.2. adote providências para registrar nos sistemas públicos a cobertura vacinal para cada grupo prioritário e cada faixa etária, informando as metas de vacinação e percentuais alcançados, nos termos do art. 16, inciso VI e § 1º, da Lei 8.080/1990, art. 11, inciso VIII, do Anexo I, da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, c/c o art. 3º da Lei 12.527/2011;

9.2.3. adote providências para identificar, quantificar e dar publicidade, como por exemplo, nos boletins epidemiológicos, dos casos de morbidade e mortalidade decorrentes de condições pós-covid-19 e das ações realizadas para minimizar seus impactos à população, a fim de obter e disponibilizar informações fidedignas desses casos para prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no aperfeiçoamento de sua atuação institucional, nos termos do art. 16, item XIII da Lei 8.080/1990;

9.2.4. inclua na ficha de notificação de registro individual para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-hospitalizado), a ser posteriormente incorporada ao Sivep-Gripe:

9.2.4.1. dados sobre imunização contra a influenza;

9.2.4.2. dados sobre o uso de medicamento específico para o tratamento da covid-19; e

9.2.4.3. dados sobre a aplicação de dose adicional de vacina contra a covid-19 pelos gestores locais;

9.2.5. adote providências para estabelecer e a padronizar procedimento interno para melhorar a qualidade da instrução processual em requisição administrativa de bens e serviços, nos termos dos princípios da eficiência e da razoabilidade, c/c o art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, art. 7º da Portaria GM/MS 356/2020, art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, art. 10, § 1º, incisos V, "c", do Decreto 7.616/2011, e art. 31, inciso VI, do Anexo I do Decreto 9.795/2019;

9.2.6. mantenha o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) atualizado e busque alternativas para evitar atrasos na alimentação de seus dados juntos aos entes subnacionais;

9.2.7. mantenha os painéis de dados sobre distribuição de testes de detecção do Coronavírus, de medicamentos hospitalares e de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) atualizados;

9.2.8. mantenha atualizada a periodicidade de divulgação dos boletins epidemiológicos;

9.3. recomendar à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, c/c o art. 250, inciso III, do RITCU, que elabore normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em requisições administrativas para estabelecimento de justa indenização, nos termos do inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990, c/c do art. 126, inciso I, do Anexo I do Decreto 9.745/2019;

9.4. dar ciência ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução TCU 315/2020, de que o atraso na divulgação do Censo Hospitalar ocorrida no ano de 2020, cuja disponibilização dos dados abertos só ocorreu em outubro daquele ano, afronta o que dispõe os artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS 758/2020, conforme apurado no TC 021.894/2021-3;

9.5. considerar implementada a recomendação do item 9.4 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário; e cumpridas as determinações dos itens 9.1.4 e 9.1.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, itens 9.1.1.3 e 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, e itens 9.1.1.1, 9.1.1.3, 9.1.1.4, 9.1.3.1 e 9.1.3.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

9.6. considerar em cumprimento parcial as determinações dos itens 9.1.1.1, 9.1.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário e em implemento parcial as recomendações dos itens 9.3.2 e 9.3.3 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, e 9.2.1 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

9.7. considerar em cumprimento a determinação do item 9.1.1.2 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário e em implemento as recomendações dos itens 9.2.1 e 9.2.2 do Acórdão 1.873/2021-Plenário, e 9.2.2, 9.2.3 e 9.2.4 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

9.8. considerar não implementada as recomendações dos itens 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário e 9.2.6 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário;

9.9. considerar perda de objeto as determinações dos itens 9.1.3 do Acórdão 1.888/2020-TCU-Plenário e 9.1.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário;

9.10. relativamente à SecexSaúde:

9.10.1. determinar que promova, no prazo de trinta dias, a autuação de processo apartado de representação para apurar os indícios de irregularidade relacionados à assinatura dos Contratos 81/2021, 85/2021, 88/2021, 90/2021 e 91/2021 para a aquisição de medicamentos para intubação orotraqueal – IOT, com fundamento nos Pregões Eletrônicos de Registro de Preços 110/2020 e 124/2020 que já estavam cancelados tacitamente, pois realizados sob a égide da Lei 13.979/2020, cuja vigência encerrou-se em 31/12/2020, com a apuração, inclusive, de ocorrência de eventual superfaturamento na execução dos referidos contratos;

9.10.2. expedir orientação para que, no próximo ciclo de acompanhamento, traga ao conhecimento deste Plenário mais informações sobre a forma como o Ministério da Saúde tem se desincumbido para manter a visão do todo quando do exercício das atribuições antes delegadas à Secovid, extinta pelo Decreto 11.098/2022;

9.11. encaminhar, por meio do endereço eletrônico pgr-gabinetecovid19@mpf.mp.br, cópia da presente decisão à Coordenadoria Nacional Finalística do Gabinete Integrado de Acompanhamento à Epidemia do Coronavírus-19 (GIAC-COVID19) da Procuradoria-Geral da República;

9.12. encaminhar cópia desta decisão à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, ao Departamento de Assuntos Extrajudiciais da Consultoria-Geral da União e à Comissão Temporária Covid-19 do Senado Federal;

9.13. em relação à denúncia apresentada no TC 012.390/2021-6, apensado ao presente processo, encaminhar cópia da presente decisão e do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário ao denunciante, para, no mérito, ser considerada:

9.13.1. procedente, relativamente à ausência de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da covid-19 e compra de vacina, situação devidamente enfrentada pela determinação constante do subitem 9.1.2 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, o qual determinou ao Ministério da Saúde que elaborasse planejamento orçamentário, com a estimativa de recursos necessários e de despesas previstas, para o enfrentamento da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, no ano de 2021;

9.13.2. improcedente, quanto aos demais indícios de irregularidades apontados;

9.14. em relação à representação apresentada no TC 016.191/2021-8, apensado ao presente processo, encaminhar cópia da presente decisão ao representante para, no mérito, considerá-la parcialmente procedente;

9.15. em relação à denúncia apresentada no TC 021.894/2021-3, apensado ao presente processo, encaminhar cópia da presente decisão ao denunciante para, no mérito, ser considerada:

9.15.1. improcedente, em relação à redução da frequência e da qualidade das interações com a imprensa por meio de entrevistas coletivas;

9.15.2. insubsistente, no tópico relativo à indisponibilidade da variável "área censitária";

9.15.3. procedente, em relação a não adoção de medidas saneadoras pelo Ministério da Saúde ao longo desse período de pandemia;

9.16. desapensar o TC 000.344/2021-4 dos presentes autos e apensá-lo ao TC 037.480/2021-9, em cumprimento ao Acórdão 676/2022-TCU-Plenário;

9.17. juntar ao TC 037.480/2021-9 cópia das peças do TC 014.575/2020-5 (peças 452-455; 472-488) relacionadas às audiências determinadas no subitem 9.3 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, para análise em conjunto e em confronto com as demais audiências determinadas no item 9.4 do mesmo acórdão, bem como das audiências decorrentes da ausência de monitoramento do consumo de oxigênio medicinal apurada no TC 000.344/2021-4, nos termos do voto do relator, Ministro Benjamin Zymler, no Acórdão 676/2022-TCU-Plenário;

9.18. comunicar o Congresso Nacional sobre a ausência de normatização de procedimentos de cálculo de indenizações para produtos e serviços adquiridos pelos entes federativos por meio de requisição administrativa, nas hipóteses previstas no art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal; no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990; e no art. 3º, inciso VII, da Lei 13.979/2020, para adoção das medidas que considerar cabíveis;

9.19. comunicar a Controladoria Geral da União, em atendimento à expediente apresentado no TC 037.621/2021-1, que o Tribunal de Contas da União instaurou processo de representação no TC 043.914/2021-7 para apuração da contratação de seguro de responsabilidade civil por efeitos adversos da vacinação pelo Ministério da Saúde;

9.20. encaminhar cópia da presente decisão, incluindo relatório, voto e acórdão, para complemento de atendimento de demanda formalizada por solicitação da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, nos autos do TC 045.433/2021-6, em atendimento ao item 9.2.5 do Acórdão 338/2022-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

10. Ata n° 40/2022 – Plenário.
11. Data da Sessão: 19/10/2022 – Ordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-2369-40/22-P.
13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Antonio Anastasia (na Presidência), Walton Alencar Rodrigues, Augusto Nardes, Vital do Rêgo (Relator) e Jorge Oliveira.
13.2. Ministro-Substituto convocado: Marcos Bemquerer Costa.
13.3. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
ANTONIO ANASTASIA
na Presidência

(Assinado Eletronicamente)
VITAL DO RÊGO
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

ACOMPANHAMENTO COVID
1º AO 7º CICLO

GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PANDEMIA

O TCU realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento que avaliaram, entre outros aspectos, a capacidade de governança e gestão do Ministério da Saúde em relação às medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19.

No trabalho, o Tribunal verificou se o Ministério atuou de acordo com as determinações do Decreto 7.616/2011, que exigem o planejamento, a organização, a coordenação e o controle das providências a serem empregadas durante a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin). Também foram analisadas as articulações de implementação junto a gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

MinSAÚDE

- não cumpriu plenamente a missão de planejar, coordenar e articular as medidas de combate à pandemia em âmbito nacional, em descumprimento a determinações expedidas anteriormente pelo Tribunal;

- falhou no detalhamento de diretrizes e estratégias de prevenção e combate à Covid-19, a exemplo da assistência farmacêutica, vigilância em saúde e comunicação de risco; e

- não estabeleceu uma estrutura de governança capaz de coordenar e articular com as unidades da federação a implementação das medidas de enfrentamento da Covid-19.

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- demora na elaboração de norma para regular o funcionamento do Gabinete de Crise da Covid-19. A Pasta levou quatro meses para publicar a Portaria GM/MS 3.190 - Covid-19 que dispõe sobre o Centro de Operações de Emergências (COE) para o novo coronavírus;

- o COE Covid-19 não tem papel de articulação e coordenação ajustados ao disposto no Decreto 7.616/2011;

- ausência de planejamento estratégico detalhado para o enfretamento à pandemia, falha que impactou em diferentes frentes, como aquisições de equipamentos, medicamentos e insumos estratégicos, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e comunicação;

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- alterações no Plano de Contingência Nacional para o Novo Coronavírus, contrárias ao Decreto 7.616/2011, tais como:

  - a exclusão de atribuições relativas à assistência farmacêutica e aos insumos de diagnósticos. A medida teve como efeito o enfraquecimento da coordenação, controle e planejamento da gestão logística na atual crise sanitária; e

  - a exclusão de medidas de aproximação das assessorias de comunicação nos Estados com o objetivo de alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações. A medida comprometeu a articulação interfederativa referente à comunicação de risco;

- falha na estratégia de comunicação com o público geral, evidenciando a falta de um plano de comunicação estruturado e articulado com os estados, o que levou à falta de transparência acerca da situação epidemiológica e sanitária.

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou ao Ministério da Saúde que:

MinSAÚDE

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

- elabore e execute, buscando articulação com os entes subnacionais, plano detalhado para a viabilização de medidas de assistência farmacêutica, contendo, por exemplo, medidas para garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus;

- garanta e monitore estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo vírus Sars-CoV-2;

- monitore o estoque de medicamentos no âmbito federal e estadual;

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou ao Ministério da Saúde que:

MinSAÚDE

- reveja e estabeleça logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda;
- garanta estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes;
- adeque as competências do COE Covid-19 ao disposto no Decreto 7.616/2011.

Determinou ainda:

MinSAÚDE

- a realização de audiência de autoridades do ministério da saúde por descumprimento de determinações; e
- a constituição de processo apartado específico para apuração da responsabilidade dos gestores do MS em razão do descumprimento do Decreto 7.616/2011.

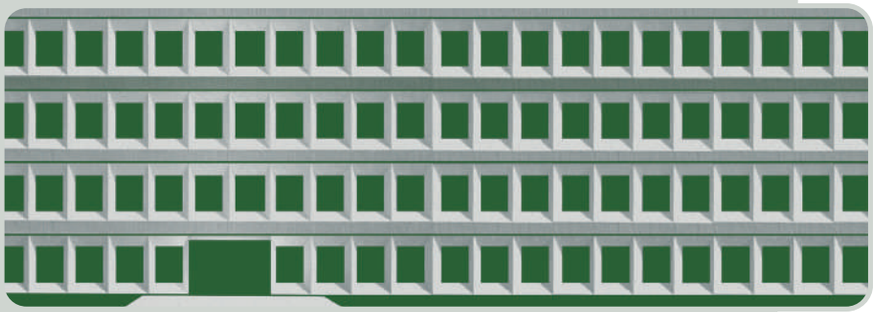
ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse processo TC 014.575/2020-5;

Consulte os acórdãos 1.873/2021, 4.049/2020, 2.817/2020, 1.888/2020, 1.335/2020 -TCU-Plenário, todos de relatoria do Ministro Benjamim Zymler.

Acompanhe, também, o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS E AQUISIÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PANDEMIA



O TCU realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento que avaliaram, entre outros aspectos, a execução dos recursos do Ministério da Saúde e a regularidade dos processos de aquisição destinados às medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19.

No trabalho, o Tribunal verificou se os recursos aplicados diretamente pelo Ministério seguiram uma estratégia definida. Também foram avaliados os critérios para transferências de valores aos estados e munícipios, e aspectos de planejamento e conformidade dos processos de aquisição de equipamentos, medicamentos e demais insumos.

Para a realização das ações de combate à crise foram destinados ao Ministério da Saúde, até o encerramento do quinto relatório, o valor de R$ 66,43 bilhões, sendo que, no ano de 2020, aproximadamente R$ 9,9 bilhões foram direcionados a transferências estaduais, R$ 23,3 bilhões a transferências municipais e R$ 29,10 bilhões à aplicação direta do órgão e entidades vinculadas. Do valor da aplicação direta, cerca de R$ 22 bilhões foram reservados para aquisição de vacinas e despesas relacionadas.

Em 2021, foram abertos créditos extraordinários na quantia aproximada de R$ 2,96 bilhões.

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

- não estabeleceu planejamento para as aquisições destinadas ao enfrentamento da pandemia;

- não estabeleceu vínculo do Orçamento com o planejamento dos gastos dos recursos;

- estabeleceu altos níveis de integrações e generalidades às exposições de motivos das Medidas Provisórias que abriram os créditos extraordinários. A falta de desdobramento e detalhamento de ações impossibilita um critério adequado de comparações;

MinSAÚDE

- até a data do fechamento do segundo relatório - em 25 de maio de 2020 -, apresentou baixa execução dos recursos da Covid-19, especialmente os que se referem à transferência aos entes subnacionais (baixa execução de transferência fundo a fundo).

- ainda relacionado à consolidação do segundo relatório, em 25 de maio de 2020, não estabeleceu critério técnico e objetivo para a transferência de recursos aos estados e aos municípios, devendo ser destacado que a Lei Complementar 141/2012 menciona critérios que já poderiam ter sido observados. O critério foi formalizado via Portaria GM/MS 1.666/2020, publicada após apontamento do TCU (Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário).

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- ausência de desdobramento do plano estratégico-orçamentário em plano operacional detalhando o caminho a ser percorrido para o alcance dos objetivos, não sendo possível evidenciar o que o Ministério pretendia realizar e adquirir, como fazê-lo, quando e por quanto;

- baixa execução orçamentária nas transferências para os estados e municípios até junho de 2020;

- transferência de recursos aos entes subnacionais unicamente por critério populacional até junho de 2020, sendo estabelecido critério técnico após Acórdão 1.335/2020 – TCU - Plenário;

- ausência na Lei Orçamentária de 2021 (LOA 2021) de recursos para despesas para o enfrentamento da Covid-19;

- morosidade no andamento dos processos de aquisição;

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- ausência de embasamento e análise crítica quanto às demandas dos entes subnacionais e à destinação dos quantitativos adquiridos. Como exemplo, toma-se os kits de diagnóstico fornecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os quais, após impasses e controvérsias em decisões de gestores do Ministério, ficaram armazenados no almoxarifado central do aeroporto de Guarulhos, em São Paulo. Sem destinação em tempo adequando, o material teve a validade prestes a expirar, sendo necessária a atuação do Tribunal de Contas da União, inclusive com provimento cautelar.

- processos de aquisição instruídos fora do sistema eletrônico oficial (Sistema Eletrônico de Informações - SEI-MS), o que potencialmente prejudicou o controle externo e social;

- irregularidades em processos de aquisição de itens destinados ao enfrentamento da Covid-19, a exemplo da tentativa de compra de 80 milhões de aventais, sendo necessária a anulação do certame;

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou ao Ministério da Saúde que:

- instrua todos os processos de aquisição de insumos estratégicos para saúde no SEI/MS, conforme exigido pela Portaria GM/MS 900/2017;
- 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, em atenção ao Decreto 7.616/2011 e à Lei 8080/1990.

O Plenário do TCU recomendou ao Ministério da Saúde que:

- adote critérios técnicos para disponibilizar recursos aos entes subnacionais, considerando, por exemplo, a incidência per capita da doença, as estimativas de propagação, a taxa de ocupação de leitos e a estrutura dos serviços de saúde existentes;
- elabore orientações sobre a utilização dos recursos repassados aos entes subnacionais, considerando a situação epidemiológica vivenciada por cada um deles, em especial aqueles que apresentem pouca ou nenhuma incidência da doença.

O QUE TCU DELIBEROU?

O TCU ainda realizou diligência junto ao Ministério da Saúde com a finalidade de que:

- seja apresentada a lógica de financiamento dos fundos estaduais e municipais de saúde dos recursos da Covid-19, englobando as regras, processos e áreas responsáveis para a efetiva liberação;
- seja informado como se deu a definição da estratégia de aquisições no combate à Covid-19 desde o início da pandemia e se houve mudanças no processo;
- apresente documentos que demonstrem a formalização da estratégia de aquisições, tais como planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos.

ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse o processo TC 014.575/2020-5;

Consulte os acórdãos 1.873/2021, 4.049/2020, 2.817/2020, 1.888/2020, 1.335/2020-TCU-Plenário, todos de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.

Acompanhe, também, o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PANDEMIA

O TCU realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento que avaliaram, entre outros aspectos, a aquisição de insumos críticos destinados às medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19 pelo Ministério da Saúde.

Dentre eles, foram verificadas as ações de aquisição dos medicamentos utilizados para intubação orotraqueal (IOT). O Tribunal buscou analisar se, em decorrência do desabastecimento de remédios para o procedimento, o Ministério estabeleceu mecanismo estruturado de controle, distribuição e remanejamento dos itens garantindo o abastecimento das secretarias de saúde. O desabastecimento aconteceu, inicialmente, no primeiro semestre de 2020.

Além disso, o Tribunal relatou ações realizadas pelo Ministério para a aquisição e o controle de oxigênio medicinal. Colhidas as informações iniciais, o assunto foi objeto de representação e está sendo analisado com mais detalhamento em processo específico sobre o tema.

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

MinSAÚDE

- apresentou atuação reativa em relação às aquisições de OIT;
- não instituiu uma estrutura coordenada para monitoramento e acompanhamento dos medicamentos do kit intubação;
- realizou aquisições pontuais baseadas em estratégias diferenciadas (requisição administrativa; importação do Uruguai; pregão eletrônico – Sistema de Registro de Preços; aquisição via Organização Pan-Americana da Saúde - Opas) em situações de desabastecimentos dos medicamentos anestésicos durante o agravamento da pandemia;
- teve dificuldades na aquisição dos medicamentos do kit intubação devido à escassez dos produtos no mercado nacional e à elevação dos preços praticados, resultando em poucos itens adquiridos;
- em 12 de agosto de 2021 realizou envio linear, a todos os estados, dos medicamentos propofol (680 mil ampolas) e atracúrio (280 mil ampolas), desconsiderando a diferença no número de leitos e a situação da pandemia em cada estado;
- de igual forma, atuou reativamente na aquisição e monitoramento de estoques do oxigênio medicinal, em apoio aos estados e municípios em situação crítica;

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

- colocou em prática o Plano Oxigênio Brasil, com o objetivo de dar suporte aos entes federativos no abastecimento de oxigênio medicinal durante a pandemia da Covid-19;

- teve o apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que (i) adotou medidas excepcionais para atenuar o risco de desabastecimento de oxigênio medicinal nos hospitais. Entre as providências, destaca-se a flexibilização de instrumentos regulatórios necessários ao aumento da capacidade produtiva, formalizada pelas Resoluções da Diretoria Colegiada 461/2021 e RDC 482/2021; e (ii) publicação do Edital de Chamamento Público 5/2021, convocando fabricantes, envasadores e distribuidores de oxigênio medicinal, nas formas farmacêuticas líquido e gás, a fornecerem informações sobre a capacidade de fabricação, envase e distribuição, respectivos estoques disponíveis e quantidade demandada (nos últimos sessenta dias, para o envio da primeira informação; e semanal, para as seguintes) pelo setor público e privado.

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- atuação reativa do Ministério da Saúde em relação aos medicamentos dos Kit de intubação. Em face do que prevê o Decreto 7.616/201, esperava-se uma atuação ativa;

- ausência de monitoramento estruturado dos insumos de OIT, mesmo após o primeiro episódio de desabastecimento ocorrido no primeiro semestre de 2020. O Ministério da Saúde somente adotou controles adicionais em um segundo episódio de desabastecimento, não havendo um sistema para monitoramento de estoque que possibilitasse verificar informações fundamentadas e em tempo real;

- acompanhamento incompleto, considerando apenas os medicamentos utilizados para intubação de pacientes internados em hospitais públicos, sem levar em conta a necessidade de abastecimento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimentos (UPA), que também realizavam, em determinadas situações e locais, procedimentos de intubação em pacientes graves;

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

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário TCU determinou ao Ministério da Saúde que:

- elabore e execute, buscando articulação com os entes subnacionais, um plano detalhado para a viabilização de medidas de assistência farmacêutica. Dentre as informações, deve-se destacar, por exemplo:

  - medidas para garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo novo coronavírus;
  - garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados;
  - monitorar o estoque de medicamentos no âmbito federal e no estadual;
  - rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação e demanda;
  - garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.

Ainda o Plenário do TCU realizou diligência ao órgão para que:

- informe como se deu a definição da estratégia de aquisições do combate à Covid-19 desde o início da pandemia, em março de 2020, e se houve mudanças;

- apresente documentos que demonstrem a formalização da estratégia de aquisições, tais como: planos, identificação de necessidades, cronogramas e planos de logística e distribuição de equipamentos e insumos.

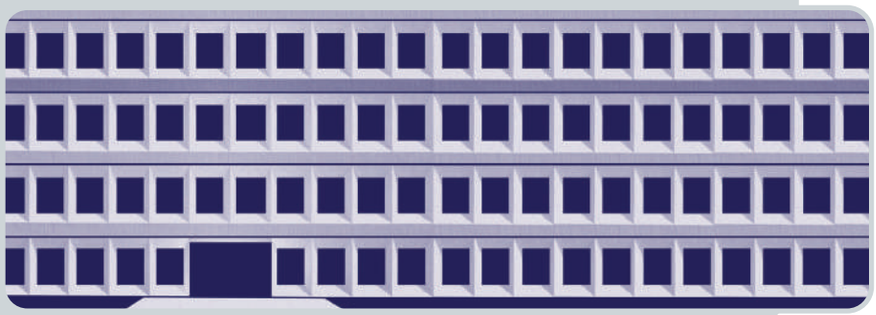
ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse processo TC 014.575/2020-5;

Consulte os acórdãos 1.873/2021, e 1.888/2020, -TCU-plenário. Todos são de relatoria do Ministro Benjamim Zymler.

Acompanhe, também, o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

POLÍTICA DE TESTAGEM DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PANDEMIA



O TCU realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento e avaliação da política de testagem do Ministério da Saúde direcionada ao enfrentamento da Covid-19.

Em março do ano passado, o diretor-geral da Organização de Mundial de Saúde, Tedros Adhanom, afirmou que o rastreamento e a testagem devem ser uma das principais respostas ao controle da pandemia, pois ajudam a combater a circulação do vírus. Os países, segundo o diretor da OMS, deveriam isolar, testar e rastrear o maior número possível de casos.

Contudo, tais ações dependem de grandes volumes de recursos. Outro problema: a escassez de insumos para a realização de testes. Para não aderir à estratégia de testagem em massa, algumas nações criaram soluções próprias, inclusive o Brasil.

Em virtude do fato, o TCU analisou quais táticas foram adotadas pelo Ministério da Saúde, dado que, de acordo com artigo 35, inciso III, do Anexo I, do Decreto 9.795/2019, cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde "coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando:

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

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

c. houver riscos de disseminação em âmbito nacional".

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

- não elaborou política de testagem com quantidade definida de testes, insumos, público, prazo de atendimento e período de revisão enfraquecendo a resposta à pandemia;

- atuou de maneira passiva em relação à testagem, aguardando que as pessoas sintomáticas procurem os serviços de saúde para a realização de testes;

- não estabeleceu meta, ação ou objetivo vinculados aos resultados das testagens. Também não houve política nacional de testagem com quantidade definida;

MinSAÚDE

- distribuiu testes aos estados, municípios e Distrito Federal, de acordo com demanda dos estados, sem obedecer a nenhum tipo de critério ou tampouco sem vínculo a qualquer estratégia;

- Apesar de contar com a Rede Nacional de Sequenciamento Genético para Vigilância em Saúde ainda em implantação, composta por quatro laboratórios de referência, e com previsão de expansão para os Laboratórios Centrais dos Estados (Lacen), não possui plano de comunicação específico para orientação à população em relação às variantes do vírus.

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- estoque de 6,8 milhões de testes com validades prestes a expirar, sendo necessária a revalidação de prazo pela Anvisa. Mesmo com a prorrogação do vencimento pela agência sanitária, permaneceu o risco de expiração do saldo remanescente;

- alteração da ação do Plano de Contingência Nacional "Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo coronavírus e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial para subsidiar a rede laboratorial quanto aos insumos para diagnóstico da infecção por Sars-CoV-2 e outros vírus respiratórios", representando um enfraquecimento da política nacional de combate à pandemia, no tocante à realização de testes da Covid-19;

- decisão tardia quanto à restrição de entrada no Brasil de pessoas vindas de outros países onde foram detectadas variantes da Covid-19. Também foi tardia a exigência de testes.

- lentidão no início do processo de sequenciamento genético. Mesmo depois de começado, houve pouca realização. À época do quinto relatório do acompanhamento, de 9/4/2021, o Reino Unido sequenciou no período de sete dias praticamente o dobro do que o Brasil sequenciou em um ano;

- falta de dados para a elaboração de mapa interativo orientando políticas públicas com orientações ao cidadão e monitoramento da doença.

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou ao MS que:

- elabore e implemente política nacional de testagem da Covid-19, estabelecendo, por exemplo, 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;

O QUE TCU DELIBEROU?

Ainda recomendou ao MS que:

- 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;

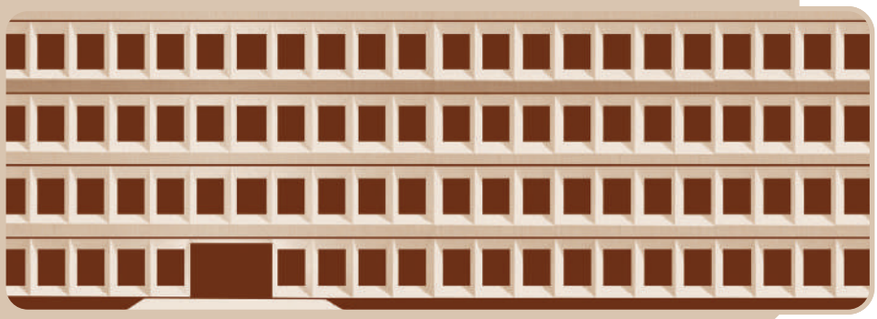
ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse o processo TC 014.575/2020-5

Consulte os acórdãos 1.873/2021; 2.817/2020 e 4.049/2020 – TCU Plenário. Todos são de relatoria do Ministro Benjamim Zymler.

Acompanhe também o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PANDEMIA



O TCU realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento que avaliaram, entre outros aspectos, a estratégia para o fornecimento de vacinas para a Covid-19 estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde.

O Tribunal buscou verificar o montante de recursos aplicados nas aquisições, os laboratórios fornecedores, o número de doses contratadas, o cronograma de fornecimento e as ações de comunicação relacionadas ao tema.

Para a aquisição de vacinas e despesas relacionadas, foram reservados para o governo federal cerca de R$ 22 bilhões de créditos extraordinários, como descrito nas medidas provisórias 994, 1.004 e 1.015 de 2020.

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

MinSAÚDE

- Anunciou, em 27 de junho de 2020, o acordo de cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Laboratório AstraZeneca celebrado nos moldes de Encomenda Tecnológica (ETEC) para possibilitar o acesso do Brasil à vacina para Covid-19;

- esclareceu que as razões para a escolha da vacina AstraZeneca/Oxford decorreram a partir do estágio avançado de desenvolvimento à época, da disposição em promover transferência de tecnologia de produção do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) e da vacina, bem como das competências e da infraestrutura de Bio-Manguinhos (Fiocruz) para a fabricação em menor tempo possível;

- celebrou, em 8 de setembro de 2020, o contrato de Encomenda Tecnológica (ETEC), no valor de R$ 1.350 bilhão para o fornecimento de IFA usado na produção da vacina e a transferência de tecnologia do processamento final (o "saber fazer/produzir");

- esclareceu que a transferência de tecnologia tinha a possibilidade de tornar o Brasil autossustentável na produção de imunizante contra a Covid-19;

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU aponta que o Ministério da Saúde:

MinSAÚDE

- o contrato previu a assinatura de acordo para a transferência de tecnologia, que definiu o racional de pagamento de *royalties* pela licença da patente para o dia 8 de dezembro de 2020 (90 dias após a sua assinatura);

- informou, por meio da Fiocruz, que a capacidade produtiva de Bio-Manguinhos era de 40 milhões de doses/mês;

- informou a edição da Medida Provisória 1.003, de 24 de setembro de 2020, que autorizou ao Poder Executivo Federal aderir ao Instrumento de Acesso Global *Covax Facility* – ação internacional de inciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), Aliança Gavi e *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* - CEPI) –, a fim de promover a produção e o acesso global a um imunizante contra a Covid-19 em um montante correspondente a 10% da população brasileira;

- a celebração do contrato com os laboratórios Fiocruz-AstraZeneca, Fiocruz-Serum, Pfizer, Jansen, Butantan-Sinovac, Bharart Biotech (Precisa), Instituto Gamaleya (União Química), além da adesão ao Instrumento de Acesso Global *Covax Facility*. Ambos os processos foram verificados até a finalização do quinto relatório, em 9 de abril de 2021. O total de doses contratadas foi de 414.912.870 unidades.

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- até 6 de outubro de 2020, data do encerramento do terceiro relatório, verificou-se a não disponibilização no site oficial da Fiocruz do contrato da ETEC, em desconformidade ao art. 4º, § 2º, da Lei 13.979/2020, e ausência de transparência por parte do órgão quanto às informações relativas ao mecanismo de contratação;

- no mesmo período, verificou-se, ainda, no site do Ministério da Saúde, a ausência de informações sobre o fornecimento de vacinas por meio da Fiocruz e do mecanismo *Covax Facility*, em relação à definição do público alvo e à estimativa de início da campanha de vacinação;

- até 2 de dezembro de 2020, quando encerrou-se o quarto relatório, foi verificada a ausência, no site do Ministério, de informações relativas ao comitê coordenado pelo ministro-chefe da Casa Civil da Presidência da República, e da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis, que, em parceria com diversas instituições, elaborou o Plano Preliminar de Vacinação contra a Covid-19, não possibilitando o acesso à informação para população;

- até a finalização do quinto relatório, em 9 de abril de 2021, o Instituto Gamaleya (vacina Sputnik V) e o Laboratório Bharat Biotech (vacina Covaxin) não possuíam autorização emergencial ou registro definitivo da vacina concedido pela Anvisa. A aplicação das vacinas somente poderia ocorrer após esses eventos ou mediante autorização excepcional de importação das doses pela Anvisa (30 milhões de doses);

ENTRE OS PROBLEMAS INDENTIFICADOS, DESTACAM-SE:

- a Anvisa, após inspeção na fábrica da Bharat Biotech na Índia, indeferiu a Certificação de Boas Práticas de Fabricação (CBPF) e não autorizou a importação de 20 milhões de doses da Covaxin (Bharat Biotech) solicitada pelo Ministério da Saúde, em 22 de março de 2021. A Agência também informou, via site oficial, que na medida em que ocorressem os ajustes necessários na planta fabril, não haveria empecilho para que novos pedidos de importação fossem realizados;

- até o encerramento do quinto relatório, em 9 de abril de 2021, o acordo para a transferência de tecnologia entre a Fiocruz e o Laboratório AstraZeneca não havia sido celebrado, não sendo possível, naquele momento, apresentar um cronograma de fornecimento de vacina produzida a partir do IFA produzido pela Fiocruz. O acordo foi assinado em 1º de junho de 2021, com aproximadamente seis meses de atraso;

- ausência de ações de comunicação coordenadas com os entes federativos para o conhecimento, a compreensão, o estímulo e a adesão da população em geral à campanha de vacinação da Covid-19.

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou à Fiocruz que:

- 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 na norma legal, inclusive o contrato de ETEC com o Laboratório AstraZeneca;

Ainda recomendou à Fiocruz que:

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

O QUE TCU DELIBEROU?

Ao Ministério da Saúde, o Plenário de TCU recomendou que:

- dê ampla transparência em site às iniciativas relativas à vacina da Covid-19 existentes no país, indicando, entre outras informações, qual o papel do Ministério em cada iniciativa e as tratativas para a incorporação dos produtos no Programa Nacional de Imunização (PNI).

Determinou ao órgão que:

- divulgue em site as seguintes informações sobre o Grupo de Trabalho instituído pela Resolução 8, de 9 de setembro de 2020, da Casa Civil, sobre a Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis constituída no âmbito do PNI;

- divulgue em site 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, tais como: 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.

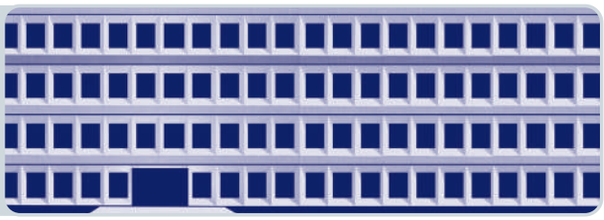
ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse o processo TC 014.575/2020-5;

Consulte os Acórdãos 4.049/2020 e 2.817/2020 - TCU-Plenário. Todos são de relatoria do Ministro Benjamim Zymler.

Acompanhe, também, o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

6º CICLO DO RACOM COVID-19



O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou, de março de 2020 a abril de 2021, cinco ciclos de acompanhamento que avaliaram, entre outros aspectos, a execução dos recursos do Ministério da Saúde e a regularidade dos processos de aquisição (MS) destinados às medidas de enfrentamento à pandemia da Covid-19. Nesses ciclos, o Tribunal buscou verificar se os recursos aplicados diretamente pelo MS seguiam uma estratégia definida, os critérios para transferências dos valores aos estados e municípios, e aspectos de planejamento e conformidade dos processos de aquisição de equipamentos, medicamentos e demais insumos para saúde no combate à crise do coronavírus. Também foram verificados os seguintes tópicos: governança, política de testagem, aquisição de insumos estratégicos, e o processo de vacinação contra a Covid-19.

As fichas-sínteses alusivas aos cinco primeiros ciclos podem ser encontradas em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portal.tcu.gov.br/data/files/82/C2/B1/C3/3150C710D79E7EB7F18818A8/Coopera_compilado.pdf.

No sexto ciclo do acompanhamento, realizado de maio a setembro de 2021, foram abordadas as ações do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas no combate à pandemia causada pelo novo coronavírus e retomada a análise de temas abordados nos ciclos de acompanhamento anteriores, em virtude da necessidade de verificação do cumprimento de deliberações dos acórdãos prolatados pelo TCU.

Trazem-se alguns números apurados:

- os quantitativos de vacinas contratadas até 25/10/2021, em milhões: 100 com Butantan; 179 com AstraZeneca; 38 com Janssen e 200 com Pfizer;
- o volume de recursos em contratos fiscalizados alcançou o montante de R$ 25,5 bilhões;
- as ações diretas de combate à Covid-19 promovidas pelo Ministério da Saúde, em 2021, atingiu o valor de R$ 47,74 bilhões;
- em relação às deliberações que foram monitoradas no referido ciclo, constatou-se que 20% foram implementadas; 20% estavam em implementação; 40% foram parcialmente implementadas; e 20% não foram implementadas.

O QUE O TCU ENCONTROU?

O acompanhamento do TCU no sexto ciclo teve as seguintes constatações:

- **Morosidade na contratação de insumos e medicamentos.** Há lentidão no andamento dos processos de aquisição de insumos e medicamentos urgentes, com prazo de tramitação interna superior a cinco meses, inclusive na contratação de medicamentos para intubação orotraqueal. Constatou-se que estudos técnicos preliminares vêm sendo produzidos indevidamente após os termos de referência.

- **Necessidade de melhoria na vigilância em saúde.** Existem oportunidades de melhoria nas ações de vigilância em saúde, especialmente no monitoramento das decretações de quarentena, da testagem de casos e do rastreamento de viajantes que ingressam no País, considerando o risco de disseminação de novas cepas.

- **Divergência de registros de vacinas distribuídas e de valores repassados.** Dados do Sies estão divergentes dos parâmetros previstos nas pautas de distribuição de vacinas pactuadas na CIT em mais de 9 milhões de doses. Também se constatou falta de transparência sobre critérios utilizados para distribuição de vacinas aos municípios. Ainda, apurou-se divergência entre os recursos transferidos aos entes subnacionais em relação aos informados no Siops.

- **Terceirização irregular para aquisição de materiais e serviços no Vigiar-SUS.** A Opas foi contratada para execução da Pesquisa de Prevalência de Infecção por Covid-19 (Prevcov), sem transferência de conhecimento, com direito a recebimento de R$ 2,8 milhões como taxa de administração e subcontratou a Fiocruz para realização de testes. A Fiocruz também contratou a Fiotec para apoio logístico, administrativo e gestão financeira, ao custo de R$ 43 milhões. O problema deverá ser apurado em representação da equipe.

O QUE O TCU ENCONTROU?

- **Falhas nos processos de aquisição de imunizantes.** Não houve estimativa de preços nem registro formal da justificativa para a sua dispensa conforme prevê a Lei 14.124/2021 na maioria das aquisições, sendo necessária melhoria nesse processo. Também não houve juntada das memórias ou atas das reuniões realizadas pela Secretaria Executiva nas tratativas para a aquisição dos imunizantes.

- **Elaboração simplificada das matrizes de alocação de riscos para aquisição de vacinas.** Vislumbrou-se oportunidade de melhoria com uma adequação da matriz de alocação de riscos exigida no art. 5º, caput, da Lei 14.124/2021 às melhores práticas que regem o gerenciamento de riscos em contratos.

- **Direcionamento na contratação de seguradora e corretores.** Verificou-se contratação direta da empresa segurada, após intermediação de corretores de seguro escolhidos sem processo de seleção pública e sem a prévia comprovação de capacidade técnica tanto da seguradora como dos corretores, tema que deverá ser apurado em processo de representação. Os prêmios de seguro totalizaram US$ 4,4 milhões.

O QUE TCU DELIBEROU?

O Plenário do TCU determinou ao MS que:

- mantenha a divulgação das informações requeridas pelo art. 4º da Lei 13.979/2020, de modo a cumprir os requisitos de transparência na execução dos gastos públicos;
- dê tratamento às inconsistências de informações do sistema Sies, identificando as divergências e causas e as corrija, para que as informações sobre a distribuição de vacinas sejam demonstradas para sociedade com maior nível de fidedignidade dos dados;
- dê ciência aos entes subnacionais para que promovam os ajustes necessários no Siops para que os registros das transferências recebidas para enfrentamento da covid-19 correspondam aos montantes repassados pelo Fundo Nacional de Saúde;
- junte as memórias ou atas das reuniões realizadas no âmbito de sua Secretaria Executiva, quanto às tratativas para aquisição de imunizantes contra a covid-19, aos respectivos processos administrativos;
- elabore, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e outros órgãos e entidades envolvidos com a temática, plano de ação que especifique as ações a serem tomadas com vistas a aprimorar a divulgação das informações orçamentárias e financeiras, em sistema próprio ou por meio de outros sistemas ou soluções tecnológicas disponíveis, de modo seja possível ter: (i) disponibilização de dados da execução orçamentária e financeira das receitas e das despesas com ações e serviços públicos em saúde decorrentes de transferências de recursos federais; (ii) 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 CPF ou CNPJ, e, quando for o caso, do procedimento licitatório realizado; (iii) no que tange às receitas, todos os lançamentos e recebimentos das unidades gestoras, inclusive referentes a recursos extraordinários;
- em conjunto com a Casa Civil e a Anvisa, informe a esta Corte de Contas as ações já adotadas e aquelas que ainda deverão ser implementadas com vistas a evitar ou a retardar a entrada da variante ômicron em território nacional e sua disseminação na população;

O QUE TCU DELIBEROU?

O Tribunal também recomendou ao Ministério da Saúde que:

- de forma integrada com a Anvisa e com as Secretarias de Saúde dos entes subnacionais, adote medidas e procedimentos de controle de pessoas que ingressam no território nacional, para mitigar situações de contaminação e disseminação de novas cepas no país;
- adote providências para melhorar a qualidade da instrução dos processos de aquisição de bens e serviços, principalmente quanto ao detalhamento dos estudos técnicos preliminares e termos de referência, acerca da definição dos quantitativos necessários para aquisição, tipo de certame, possíveis licitantes, pesquisas de preços, para reduzir o tempo entre o pedido de aquisição e o lançamento da fase externa da licitação;
- observe, na elaboração da matriz de alocação de riscos, o preenchimento dos elementos mínimos, a exemplo da identificação, análise, avaliação e tratamento de riscos, bem como a previsão de medidas mitigadoras e responsáveis por sua adoção;
- negocie o preço e as demais condições ofertadas pelo fornecedor de vacinas contra Covid-19, devendo todas as tratativas nesse sentido serem reduzidas a termo, e obtenha os preços pelos quais os diversos imunizantes estão sendo fornecidos em outros países e, em caso de dificuldades na obtenção de tal informação, tente obtê-la diretamente junto ao fornecedor, para fins de análise custo-benefício;
- promova alteração no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO, ouvidos os conselhos de secretários de saúde, para que conste diretriz sobre a obrigatoriedade de a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou de as Secretarias de Saúde disponibilizarem, em meio eletrônico, para o órgão central de saúde e a população, os critérios pactuados para distribuição de vacinas para os municípios;

O QUE TCU DELIBEROU?

O Tribunal cientificou o Ministério da Saúde acerca de ocorrências relacionadas à:

- informações desatualizadas em procedimentos administrativos;
- morosidade na compra centralizada de medicamentos e insumos que integram o kit de intubação orotraqueal;
- necessidade da correta utilização do estudo técnico preliminar – ETP, nos processos de aquisições e contratações;
- observância dos julgados do Tribunal na utilização dos Acordos de Cooperação Internacional para projetos (Acórdãos 1.339/2009-TCU-Plenário e 7.102/2015-TCU-1ª Câmara), de modo que não haja atividades sem transferência de conhecimento técnico dos órgãos internacionais envolvidos e não venha a ter contratação de bens e serviços de natureza comum, disponíveis no mercado), a exemplo da contratação da OPAS para aquisição de serviços e bens, no âmbito do projeto Prevcov;
- falta de estimativa de preços nos processos de aquisição de imunizantes ou de justificativa para sua dispensa excepcional;

Por fim, o Tribunal cientificou a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) quanto ao atendimento de requisitos para a contratação da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec)

ONDE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES?

Acesse o processo TC 015.125/2021-1

Consulte o Acórdão 2878/2021-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo.

Acompanhe também o portifólio de ações de controle empreendidas pelo TCU no âmbito do Programa Especial de Atuação no Enfrentamento à Crise do Covid-19 – Coopera.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ACESSO E SUSTENTABILIDADE

7º Ciclo do Acompanhamento das ações do MS no enfrentamento da Covid-19

O QUE O TCU ENCONTROU?

O TCU realiza, desde março de 2020, acompanhamento da estrutura de governança montada pelo Ministério da Saúde para o combate à crise gerada pelo coronavírus e os atos referentes à execução de despesas públicas, sob os aspectos da legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência e efetividade. Foram realizados, até junho de 2022, sete ciclos do acompanhamento, e no último ciclo foram encontrados os seguintes problemas:

O QUE O TCU ENCONTROU?

- **Deficiência de planejamento estruturado para o encerramento da Espin:** Encerramento feito sem indicação de ações que continuarão sendo realizadas, sem plano de encerramento para avaliar impactos da revogação da Portaria GM/MS188/2020, e sem plano de retomada na possibilidade de recrudescimento da doença.
- **Ausência de informações dos indicadores de vacinação:** Não constam indicadores para cada grupo prioritário e cada faixa etária indicando a cobertura vacinal, para se avaliar o cumprimento das metas de imunização.
- **Ausência de quantitativo de casos de morbidade e mortalidade por condições pós-Covid-19:** Não constam nos boletins epidemiológicos dados de morbidade e mortalidade sobre a Síndrome Pós-Covid-19. A informação é essencial para balizamento das políticas de públicas de saúde na atenção primária, e média e alta complexidade, em razão do número elevado de possíveis casos.
- **Impossibilidade de extração de dados dos painéis do novo sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde:** O sítio do Fundo Nacional de Saúde persiste em não possibilitar a extração de dados, sendo apresentados painéis sobre os recursos distribuídos que prestam informações, mas sem ferramentas que permitam compará-los com outras bases.
- **Contratação irregular de medicamentos IOT com fundamento em pregões cancelados tacitamente:** Contratos celebrados em 2021 foram fundamentados em certames realizados com fundamento na Lei 13.979/2020, que teve vigência encerrada em 31/12/20220.

O QUE O TCU ENCONTROU?

- **Ausência de procedimento administrativo para apuração de descumprimento contratual.** Não houve apuração de inexecução contratual por atrasos nas entregas de medicamentos contratados.
- **Inexistência de definição dos procedimentos internos para os processos de requisição administrativa:** Não há normativo interno que defina procedimentos para os processos de requisição administrativa, especialmente na pesquisa de preços e na definição do critério a ser utilizado para pagamento de indenização aos fornecedores na busca do preço justo.
- **Oportunidade de Melhoria da Qualidade de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):** As fichas de notificação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave que alimentam o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe podem incorporar novos campos de vacinação e medicamentos para a melhoria de informação gerencial sobre a pandemia.
- **Pagamento de indenizações de requisições administrativas fundamentadas em pesquisa de preços utilizadas para licitação:** Ausência de normativo que estabeleça procedimento para pagamento de indenizações de bens requisitados.

POR QUE É CONSIDERADO UM ALTO RISCO PARA A ADMINISTRAÇÃO FEDERAL

Em momento de pandemia decorrente da Covid-19, é preciso que o Ministério da Saúde tome as medidas adequadas no seu enfrentamento (medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública), o que requer, para a consecução das ações, a destinação de recursos tanto para a execução própria, de forma centralizada, quanto por meio de envio de recursos aos entes subnacionais.

Caso haja omissão no enfrentamento, ou ele seja feito de forma inadequada, a consequência será a inestimável perda de vidas, ou, quando menos, a incidência de significativos impactos na população, decorrentes dos agravos que o vírus causa durante a infecção e, posteriormente, as sequelas que têm sido observadas, na intitulada condições pós-covid-19.

Nos ciclos do acompanhamento, o escopo tem sido amplo (governança, aspectos orçamentários e financeiros, contratações, vacinação) – o que pode ser verificado pelas constatações relatadas no tópico anterior –, porquanto se entende que o enfrentamento da pandemia requer uma variedade de ações dos gestores e a lacuna na atuação em qualquer vertente pode comprometer o êxito dos resultados pretendidos.

No atual ciclo, dentre os tópicos analisados, fazem-se os seguintes registros.

Com relação à questão orçamentária, no ano de 2021, não constou da lei orçamentária ação específica para alocação de recursos para o enfrentamento da pandemia, sendo utilizado o mecanismo de créditos adicionais extraordinários com a edição de medidas provisórias para essa finalidade, na importância de R$ 31,9 bilhões. Foi também publicado o Decreto 10.595/2021 com a reabertura de crédito extraordinário no valor de R$ 19,9 bilhões, totalizando o valor de R$ 51,8 bilhões, específicos para Covid-19. O orçamento total do Ministério da Saúde foi de R$ 186,6 bilhões, sendo empenhado R$ 180 bilhões.

Para 2022, até 18/4/2022, não consta a abertura de créditos extraordinários para ações de enfrentamento da Covid-19 no âmbito do Ministério da Saúde. De acordo com a LOA 2022, o Ministério da Saúde conta com a disponibilização de R$ 151 bilhões para serem gastos em ações e serviços públicos de saúde, sendo empenhado, até 31/3/2022, R$ 44,4 bilhões, não sendo definido o que será gasto para o enfrentamento da Covid-19.

POR QUE É CONSIDERADO UM ALTO RISCO PARA A ADMINISTRAÇÃO FEDERAL

Adicionalmente, os recursos descentralizados pelo Fundo Nacional de Saúde não permitem extração de dados para cruzamento e controle social, prejudicando a transparência dos recursos públicos.

Ainda, o encerramento da Emergência Pública de Importância Nacional (ESPIN), em 22/4/2022, foi realizada sem a definição das ações que continuariam sendo realizadas em termos de enfrentamento da Covid-19, considerando que a pandemia não acabou. Ainda, não houve a formulação de plano de encerramento para avaliar impactos da revogação da Portaria GM/MS188/2020, e de plano de retomada na possibilidade de recrudescimento da doença.

Além dos pacientes com Covid-19, surgiu a Síndrome Pós-Covid-19, ou Covid Longa, que consiste em manifestações clínicas em pacientes que foram acometidos por Covid-19, sendo estimado pelo Ministério da Saúde que haja mais de 10 milhões de pacientes acometidos pela nova doença, que, dependendo do estado clínico, demanda acolhimento da atenção primária, média ou alta complexidade. Para atender a esse contingente de pacientes, a rede do SUS deve se estruturar e se adequar.

Nas requisições administrativas realizadas nos anos de 2020 e 2021, que totalizaram R$ 160 milhões, não havia normativo do seu rito processual administrativo e dos critérios de pagamento da justa indenização para os fornecedores, ocorrendo pagamentos com uso de critérios diversos para os mesmos produtos e fornecedores.

Por fim, o país tem o desafio de vacinar 90% da população-alvo (de 5 anos ou mais), estimada em 200.153.017 pessoas, para o ano de 2022, tendo distribuído aos entes subnacionais, até abril de 2022, 576,1 milhões de vacinas, com investimento em compra de imunizantes no valor de R$ 33 bilhões.

O QUE PRECISA SER FEITO

Em relação ao encerramento da ESPIN, faz-se necessário a criação de normativo que indique as ações que serão mantidas após o seu encerramento, além de elaboração dos respectivos plano de encerramento e de retomada frente a um possível recrudescimento do cenário epidemiológico, principalmente, pelo o aumento de casos e óbitos que estão crescendo a partir da formalização do término da emergência de saúde pública.

Ainda, o Ministério deve continuar monitorando os indicadores da ESPIN para que possa atuar para prevenir e mitigar o aumento de casos da doença e óbitos decorrentes.

Necessidade de melhoria na transparência da execução dos recursos descentralizados para Estados e Municípios, devendo ser possibilitada a extração de dados do sítio do Fundo Nacional de Saúde que possibilite o cruzamento de informações e controle social dos recursos públicos.

Quanto ao processo de vacinação, o Ministério da Saúde deve fortalecer a transparência das informações registrando a cobertura vacinal para cada grupo prioritário e cada faixa etária; e informe, nos boletins epidemiológicos, a morbidade e mortalidade por Síndrome Pós-Covid-19, sem prejuízo de melhorar e intensificar a publicidade das campanhas de vacinação e uso de medidas não farmacológicas para proteção da população.

Por fim, a pasta deve elaborar normativo para pagamento de indenizações de requisições administrativas para assegurar a segurança jurídica do procedimento e evitar favorecimentos indevidos.

DECISÕES RECENTES

Acórdãos: 1.335/2020, 1.888/2020, 2.817/2020, 4.049/2020, 1873/2021, 2.878/2021, 2.369/2022, todos do Plenário do TCU.

RELATÓRIO ACOMPANHAMENTO EFICIÊNCIA HOSPITALAR

GRUPO I – CLASSE VII – Plenário
TC 039.551/2020-2
Natureza(s): Relatório de Acompanhamento
Órgão/Entidade: Ministério da Saúde
Representação legal: não há

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO. SUS. UNIDADES HOSPITALARES CONTRATUALIZADAS. AUSÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO USO DOS RECURSOS. MEDIDAS EM ANDAMENTO POR PARTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. RECOMENDAÇÃO.

RELATÓRIO

Trata-se de relatório de acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde (MS) sobre o monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada, com ênfase em unidades hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 4º da Portaria GM/MS 3.410/2013.

2. Em outras palavras, o objetivo deste trabalho é delimitar os riscos e oportunidades referentes às atividades de monitoramento e avaliação da eficiência e da qualidade (desempenho) dos hospitais financiados pelo SUS, realizadas atualmente pelo MS, e às ações em processo de formulação que possam aprimorar essas atividades.

3. Transcrevo, a seguir, o relatório efetuado pela unidade técnica:

"Escopo da fiscalização

1. ...

2. As variáveis a serem acompanhadas são as seguintes:

a) produtos e atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências (Dahu) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS sobre contratualização de hospitais;

b) produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS; e

c) conjunto de indicadores qualificados do MGDI e atividades que compõem a implantação da PNMA-SUS, em especial as que possam interferir na avaliação do desempenho hospitalar.

1.1. .....***Risco da fiscalização e medidas mitigadoras***

3. Os riscos deste relatório de acompanhamento são divididos em três grupos, a saber: risco inerente, risco de controle e risco de detecção.

1.5.1 Risco inerente

4. O processo de monitoramento e avaliação do desempenho de unidades hospitalares exige, em especial, a definição prévia de conteúdos mínimos dos instrumentos de contratualização a serem periodicamente informados pelos gestores dessas unidades. É preciso também que a informação fornecida pelo gestor seja correta e tempestiva. Para tanto, o SUS deve possuir regras que incentivem os gestores locais a realizar esse correto preenchimento e envio de informações ao MS. Essas

atividades podem apresentar falhas em diversas etapas do processo incorrendo no comprometimento do monitoramento e avaliação do desempenho das unidades hospitalares pelo MS.

1.5.2 Risco de controle

5. *O risco de controle é bastante influenciado pela maturidade do processo organizacional do MS em monitorar e avaliar o desempenho de unidades hospitalares e como sua gestão de riscos e controles internos lidam com tal processo. O risco de controle também é impactado pelos controles internos de cada unidade hospitalar do SUS, a qual deve ter seu desempenho monitorado e avaliado.*

6. *Em avaliação preliminar, a equipe de auditoria obteve evidências de baixa maturidade do MS no monitoramento e avaliação das políticas públicas da atenção especializada. Não se verificou a existência de uma atividade monitoramento sistemático do desempenho dos hospitais ou um acompanhamento via sistema de elementos mínimos da contratualização com essas unidades.*

1.5.3 Risco de detecção

7. *O risco de detecção, isto é, o risco de que os procedimentos empregados pela equipe de fiscalização não identifiquem distorções, inconformidades ou falhas relevantes, dependerá do nível de risco inerente e risco de controle do objeto acompanhado, bem como da robustez dos procedimentos empregados na fiscalização. Quão maior forem os riscos inerente e de controle, mais robustos devem ser os procedimentos aplicados pela equipe.*

8. *Pelo baixo nível de maturidade dos controles do MS dedicados ao processo de monitoramento e avaliação de desempenho de unidades hospitalares e pela dependência dos controles internos de cada unidade hospitalar, o risco de detecção é potencialmente elevado e deve ser mitigado através de uma delimitação e compreensão do objeto acompanhado. A isso, soma-se a implementação de procedimentos de fiscalização que possam garantir razoável certeza sobre seus resultados.*

9. *O fato de a escolha do instrumento de fiscalização ser um acompanhamento ajusta as expectativas geradas a respeito dos resultados esperados, uma vez que não se trata de uma auditoria em que se tem ao mínimo uma asseguração razoável ou limitada sobre o objeto de controle.*

10. *Na modalidade selecionada para essa ação de controle, o que se tem é um controle concomitante que pode, inclusive, desencadear outras ações mais contundentes e aprofundadas.*

1. *Visão geral do objeto*

11. *Para construir a visão geral do objeto deste trabalho, além das fontes de informação normalmente acessadas nas auditorias (ordenamento jurídico e normas infralegais que regem a matéria, trabalhos já realizados por entidades de controle, literatura especializada, etc.), buscou-se conhecer, especialmente sob a perspectiva dos gestores, por meio de entrevistas telepresenciais, a política do MS em relação ao desempenho dos hospitais que prestam serviço para o SUS, em especial ações para gerar eficiência e qualidade na atenção ao usuário dos serviços.*

12. *De acordo com o Referencial de Controle de Políticas públicas do TCU, a construção de uma política passa por um ciclo de três estágios, de forma simplificada:* ***formulação da política****,* ***implementação*** *e* ***avaliação****. De forma mais detalhada, segundo o mencionado documento, todo o fluxo deveria percorrer nove fases: diagnóstico do problema, formação da agenda, análise de alternativas, tomada de decisão, desenho e institucionalização da política, estruturação da governança e gestão, alocação e gestão de recursos orçamentários e financeiros, operação e monitoramento, avaliação e extinção.*

13. *Cabe destacar que não se adotou aqui todos os procedimentos para se avaliar a política, mas, entender em linhas gerais as principais características desses três estágios mencionados, uma vez que se trata da construção da visão geral sobre o objeto. Alguns aspectos de cada estágio, conforme mostrado na Figura 2, foram mais explorados nesse momento do trabalho.*

Figura 1 - *Esquema sobre a perspectiva utilizada para construção da visão geral do objeto.*

Fonte: construção própria da equipe de fiscalização.

Aspectos relacionados ao estágio de formulação da política

2.1. *Diagnóstico do problema e definição de objetivos na atenção especializada*

14. *A gestão da atenção especializada, por parte do MS, concentra-se na Saes, a qual cabe participar da formulação e da implementação da política de atenção especializada à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS. Destacam-se algumas subunidades nessa seara:*

a) *Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências (Dahu), ao qual cabe, dentre outras atribuições, elaborar, coordenar e avaliar as políticas e os programas de abrangência nacional sobre atenção hospitalar do SUS;*

b) *Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (Drac), ao qual cabe, dentre outras atribuições, monitorar e avaliar a assistência de média e alta complexidade quanto à capacidade operacional e potencial da rede instalada, à oferta de serviços de saúde e à execução dos recursos financeiros;*

c) *Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet), ao qual cabe, dentre outras atribuições, elaborar, coordenar e avaliar as políticas e as ações de atenção especializada em saúde; e*

d) *Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção Especializada à Saúde (CGMIND), vinculada diretamente ao gabinete da Saes.*

15. *Além dessa estrutura, pode-se destacar também o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (Demas), subordinado diretamente à Secretaria Executiva do MS, que tem como uma de suas competências a coordenação da formulação e execução da política de monitoramento e avaliação do SUS.*

16. *Ao longo do trabalho foram feitas entrevistas com os gestores dessas áreas a fim de se compreender, de uma forma geral, quais são os principais objetivos do MS no que concerne ao desempenho dos hospitais que prestam serviço para o SUS e, em especial, quais são as ações para gerar eficiência e qualidade na atenção aos usuários dos serviços de saúde.*

17. *Além de questionar os objetivos nessa seara, inqueriu-se quais são os principais desafios enfrentados e virtudes para o alcance desses objetivos, tanto no ambiente interno quanto externo ao MS. Os extratos de entrevistas estão todos documentados e trazem uma farta fonte de informações sobre o assunto (peças 8 a 26).*

18. *Com base nisso, pode-se dizer que, de uma maneira geral, há uma preocupação dos gestores em manter o sistema de financiamento dos hospitais com base na produção de serviços, uma vez que assim foi concebido historicamente, especialmente após a nova Constituição Federal de 1988. Diante disso, a gestão propriamente dita do desempenho atualmente está nas mãos dos entes subnacionais.*

19. *Sob essa perspectiva, a fonte principal de informações para os setores do MS provém dos sistemas SIA e SIH. Os dados da produção são processados, especialmente pelo Drac, e dão origem à programação financeira, a qual é executada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).*

20. *Assim, não se tem, pelo menos de forma estruturada, um diagnóstico nacional sobre a eficiência e a qualidade da atenção prestada pelos hospitais aos usuários do SUS. O que se tem é um levantamento permanente do que é produzido em termos de procedimentos de saúde.*

21. *Em que pese essa situação, a definição de objetivos e diretrizes, especialmente de origem normativa, podem ser destacadas aqui. De acordo com a Lei 8.080/1990, o MS é o responsável por acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.*

22. *A Portaria GM/MS 3.410/2013 estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Nos termos do artigo 4º dessa portaria, compete ao MS, dentre outros aspectos, acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos pactuados por essas unidades. Apesar disso, por meio das entrevistas efetuadas neste trabalho, não ficou claro qual o papel e o propósito da União nessa atividade mencionada neste dispositivo infralegal. Esse assunto será mais bem explorado neste relatório, especialmente no capítulo 3, na primeira variável de acompanhamento sugerida nesta fiscalização.*

23. *Além desses objetivos de espectro mais amplo, citados nas normas, temos algo mais específico materializado no Plano Plurianual da União (PPA) para o período de 2020 a 2023 (Lei 13.971/2019), em que se prevê, no seu objetivo 1229, "ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais".*

24. *Paralelamente a isso, esse mesmo dispositivo legal indica uma leve redução do orçamento da atenção especializada a partir de 2021: dividindo-se o valor previsto de 2021 a 2023, que é de cerca R$ 235,7 bilhões, tem-se R$ 78,6 bilhões, quantia menor do que a de 2020: R$ 78,9 bilhões.*

25. *Diante dessas informações, está-se diante de um quadro em que se pretende aumentar a oferta de serviços especializados associado a uma leve redução do orçamento nesse setor. Em direção contrária, há também o envelhecimento acelerado da população brasileira, pressionando ainda mais a demanda hospitalar. Ou seja, há um desafio posto pela própria União em que a geração da eficiência hospitalar se mostra como condição necessária para o alcance dos objetivos.*

Figura 2 - *Esquema sobre a lógica de atuação implícita no PPA.*

Fonte: construção própria da equipe de fiscalização, com base no PPA 2020 a 2023.

26. *O aumento da cobertura e da resolutividade da atenção primária, previstos na Diretriz 11 do PPA logicamente tem o potencial de amenizar a demanda por atendimentos na atenção especializada. No entanto, o mesmo desafio da eficiência está posto na atenção primária, pois o seu orçamento também sofrerá leve redução em relação ao de 2020, de acordo com a referida lei orçamentária.*

27. *Outra norma importante relacionada ao assunto em tela, recém editada pela União, é o Decreto 10.531/2020, no qual se institui a estratégia federal de desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. No Eixo Social, especificamente no desafio 5.3.2, está preconizada a melhora no acesso aos serviços de saúde e na sua qualidade.*

28. *Para essa finalidade, o Decreto traz algumas orientações, das quais se destacam as seguintes:*

> *adequar os serviços de saúde para atendimento às **novas demandas decorrentes do envelhecimento populacional** de forma integrada com outras ações e outros serviços públicos, com ênfase na promoção do envelhecimento saudável e do aumento da autonomia dos idosos, observando os vínculos intergeracionais; (...)*
>
> *aprimorar a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, avançando na articulação entre os setores público e privado (complementar e suplementar), aperfeiçoando os mecanismos de regulação e **aumentando a eficiência e a equidade do gasto** com **adequação do financiamento às necessidades da população**;*
>
> *__integrar as informações de saúde__ provenientes das redes pública e privada, a partir da criação de **padrão de dados único** e da implementação de **prontuário eletrônico** pelo SUS, a fim de atender à demanda com equidade e eficiência; (...)*
>
> *reduzir os vazios assistenciais, **revisando modelos de financiamento** do sistema de saúde e considerando a equidade e a eficiência como critérios para investimentos em saúde;*

29. *Vale mencionar que, para se saber se houve melhora na eficiência e na qualidade da atenção primária e especializada, é necessário se obter informações sobre isso, diagnosticar os problemas existentes nesse assunto, para se propor uma agenda adequada aos objetivos almejados.*

30. *O MS já está estruturando projetos para viabilizar alguns desses objetivos na atenção especializada, a exemplo da adequação do financiamento às necessidades da população: projeto com*

base na metodologia DRG, que será mais bem discutido no capítulo 3 deste relatório; e do projeto de implantação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD), relacionado ao objetivo de integrar as informações de saúde.

31. *Diante desse contexto, pode-se afirmar que o MS não realiza um diagnóstico dos problemas relacionados à eficiência e à qualidade na atenção hospitalar, pois, na prática, prioriza as informações referentes à produção dos serviços. Em que pese esse cenário, a União almeja, nos próximos anos, aumentar o acesso à atenção especializada, mesmo com orçamento estagnado, e aumentar a eficiência do gasto em saúde com adequação do financiamento às necessidades da população.*

Aspectos relacionados ao estágio da implementação da política

2.2. *Alocação dos recursos orçamentários e financeiros*

32. *No passado, antes da existência do SUS, os recursos federais destinados a hospitais eram diretamente repassados dos cofres da União aos prestadores de serviços de saúde, inclusive às unidades hospitalares. Essa sistemática se dava por meio do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Com a institucionalização do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988, a saúde pública brasileira passou a se organizar com maior ênfase na descentralização da gestão dos serviços de saúde, alçando os entes federativos (estados, Distrito Federal e municípios) como responsáveis por organizá-los em seu território, bem como as redes de atenção à saúde que abrangem esses serviços.*

33. *Com essa mudança, a União passou a ter um papel de organizador central da saúde pública e formuladora de diretrizes, tornando-se também financiadora indireta desses serviços. Com efeito, foram instituídos instrumentos para que os recursos federais fossem enviados aos entes federativos e não mais serem, em regra, diretamente aplicados pela União nos serviços assistenciais à saúde. Estes entes, portanto, deveriam se encarregar em aplicar os recursos nos serviços e nas estruturas de saúde de seu território, desonerando a União de ter de acompanhar diretamente cada serviço de saúde prestado em território nacional custeado com recursos federais.*

34. *Essas alterações nos papéis dos entes tem um sentido lógico pautado nos princípios de organização federativa, os quais assumem a premissa de que problemas locais são melhor tratados por gestores locais, que estão próximos a eles e vivem suas consequências. Na saúde, por ser uma necessidade social de primeira ordem, indispensável para a sobrevivência, tal lógica é aplicada com grande validade. Contudo, se por um lado essa alteração de papéis dos entes trouxe um melhor funcionamento do sistema de saúde como um todo, por outro tornou mais complexa (e em alguns casos inviável) a obtenção centralizada de certos dados, como a destinação precisa da aplicação dos recursos federais transferidos. O motivo disso é que, uma vez que os recursos federais são enviados aos fundos de saúde dos entes federativos, a União deixa de ter gerência direta sobre o recurso, não mais sabendo que unidade e quais serviços ela financiou exatamente.*

35. *Essa contextualização é importante para esclarecer que, atualmente, não é possível se extrair com precisão os valores dos recursos federais destinados a custear hospitais que prestam serviços ao SUS, pois essa informação é gerida por cada ente federado ao apurar as produções dos hospitais e efetuar os pagamentos com os recursos de seus respectivos fundos de saúde; fundos estes que recebem aportes federais, estaduais e/ou municipais. Ademais, uma vez que o recurso federal é recebido na conta de um fundo de saúde estadual ou municipal, a separação das origens apenas pela movimentação da conta se torna um controle pouco viável dada a fungibilidade do recurso. Outrossim, inexiste um sistema que unifique as movimentações dos recursos. Expostas essas limitações, far-se-á exposição das informações que mais se aproximam ao objeto desta fiscalização.*

Quadro 1 - *Orçamento da Atenção Especializada à Saúde de 2020-2023.*

Esfera	*Valor 2020 (mil R$)*	*Valor 2021-2023 (mil R$)*
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	***60.210.741***	***170.849.630***
Despesas Correntes	*58.082.381*	*167.790.219*
Despesas de Capital	*2.128.361*	*3.059.411*
Recursos não orçamentários	***18.713.678***	***64.828.755***
Gastos tributários	*18.713.678*	*64.828.755*
Valores Globais	***78.924.419***	***235.678.385***
	314.602.804	

Fonte: Anexo I da Lei 13.971/2019 (PPA 2020-2023)

36. *Nada obstante, é possível se obter informações sobre os recursos federais destinados à atenção especializada à saúde, conceito que se aproxima aos serviços de saúde prestados por hospitais. No que tange aos aspectos orçamentários e financeiros da atenção especializada à saúde, o Programa "Atenção Especializada à Saúde", previsto no PPA 2020-2023, tem como programação orçamentária anual aproximada de R$ 79 bilhões por ano (ver Quadro 1).*

Quadro 2 - *Orçamento Fortalecimento do SUS de 2016-2019.*

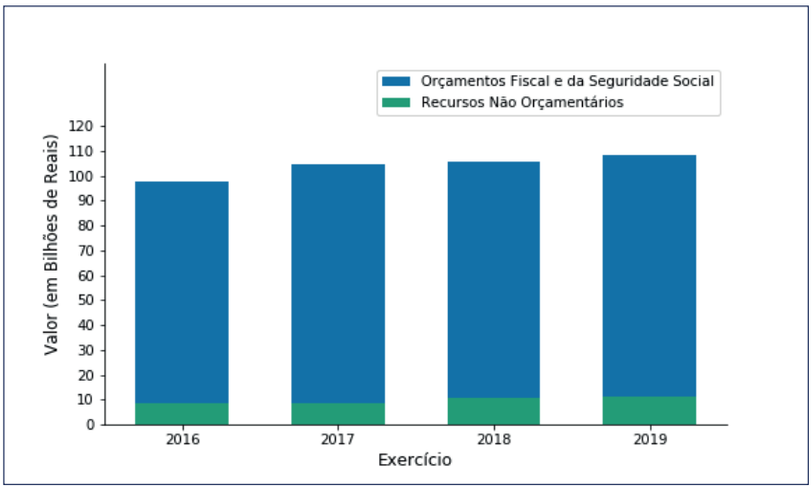
Esfera	*Valor 2016 (mil R$)*	*Valor 2017 (mil R$)*	*Valor 2018 (mil R$)*	*Valor 2019 (mil R$)*
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	***97.428.158***	***104.448.727***	***105.874.034***	***108.187.993***
Despesas Correntes	*91.723.611*	*97.567.633*	*101.462.114*	*104.502.498*
Despesas de Capital	*5.704.548*	*6.881.095*	*4.411.920*	*3.685.495*
Recursos não orçamentários	***8.367.418***	***8.552.544***	***10.585.583***	***11.319.837***
Créditos e Demais Fontes	*950.000*	*785.000*	*700.000*	*700.000*
Gastos tributários	*7.417.418*	*7.767.544*	*9.885.583*	*10.619.837*
Valores Globais	***105.954.643***	***113.231.576***	***116.781.927***	***119.990.148***
	455.958.296			

Fonte: Anexo II da Lei 13.249/2016 (PPA 2016-2019)

37. *Para períodos anteriores a 2020, não é possível se obter essa informação a partir das peças orçamentárias. O PPA 2016-2019 possuía outra estrutura de programas, afetando a possibilidade de comparação. Esse PPA não separava a atenção especializada da atenção primária, adotando à época um programa finalístico único com o nome "Fortalecimento do Sistema Único de*

Saúde (SUS)", designação mais ampla, que concentrava entre 85% a 90% de toda a programação orçamentária destinada à Saúde (ver Quadro 2). As Figuras 4, 5a e 5b ilustram as informações contidas no Quadro 2 na forma de gráfico de barras.

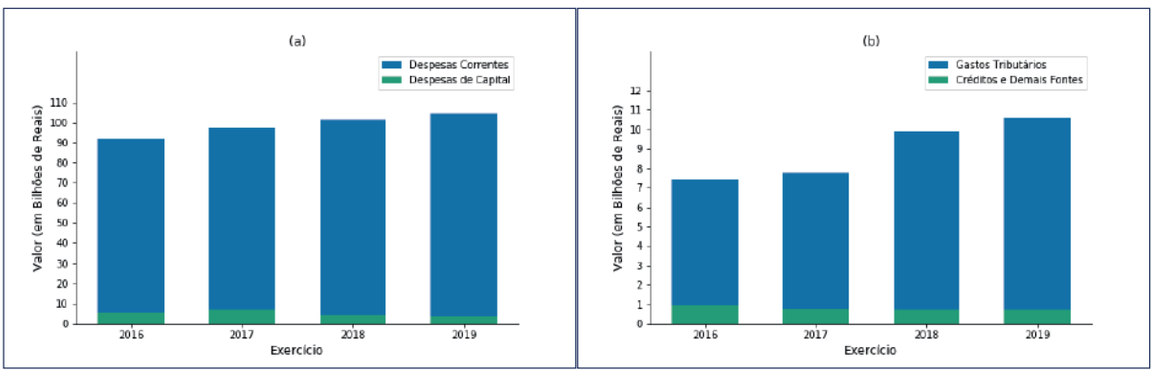
Figura 3 - *Orçamentos do SUS de 2016 a 2019.*



Fonte: elaboração própria.

38. *Outro conceito que pode ser usado como métrica aproximada dos recursos federais destinados a hospitais são os recursos denominados como Média e Alta Complexidade (MAC). De acordo com a Saes, a média complexidade na saúde consiste em procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de níveis superior e médio, tais como: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, patologias clínicas, próteses e órteses, anestesia e a maioria procedimentos ambulatoriais.*

Figura 4 - *Detalhamento do Orçamento do SUS de 2016 a 2019: (a) Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social; (b) Recursos Não Orçamentários.*



Fonte: elaboração própria.

39. *A alta complexidade, por sua vez, é conceituada como conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados – tais como: assistência oncológica, doença renal crônica (hemodiálise), cardiologia, traumato-ortopedia, neurocirurgia, obesidade (cirurgia bariátrica), reabilitação, obstetrícia, em sua maioria no SIH.*

40. *A partir desses conceitos, é possível inferir uma alta correlação entre serviços de saúde classificados como MAC e serviços de saúde prestados por hospitais. Os recursos federais destinados à MAC são aplicados de duas formas. A primeira se dá por transferências fundo a fundo por meio de repasses denominados por "limite financeiro da MAC" ou "Teto MAC". Já a segunda, se dá por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O FAEC é uma exceção à regra da descentralização de recursos aos estados e municípios, pois nele a União paga a exata produção do hospital prestador que executou os serviços, que se enquadram no rol de ações estratégicas (geralmente procedimentos de alta complexidade, tais como transplantes).*

41. *O Quadro 3 demonstra detalhadamente valores históricos destinados ao bloco da MAC (limite financeiro da MAC + FAEC), enquanto a Figura 6 os ilustra na forma de gráfico de barras.*

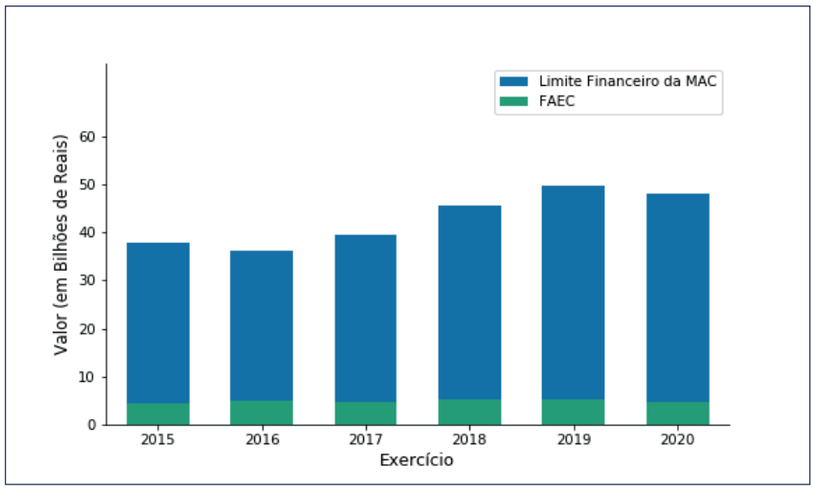
Quadro 3 - *Recursos do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.*

Ano	*Limite Financeiro da MAC (a)[1]*	*Valor – FAEC (b)*	*TOTAL (a+b)*
2015	*R$ 37.879.466.235,22*	*R$ 4.340.761.531,23*	*R$ 42.220.227.766,45*
2016	*R$ 36.218.098.777,02*	*R$ 4.907.193.170,85*	*R$ 41.125.291.947,87*
2017	*R$ 39.441.168.424,10*	*R$ 4.727.930.084,94*	*R$ 44.169.098.509,04*
2018	*R$ 45.620.076.556,61*	*R$ 5.215.701.786,93*	*R$ 50.835.778.343,54*
2019	*R$ 49.558.181.930,31*	*R$ 5.369.188.915,58*	*R$ 54.927.370.845,89*
2020	*R$ 47.947.713.525,88*	*R$ 4.796.293.808,09*	*R$ 52.744.007.333,97*

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Obs1.: Embora a classificação se mantenha na Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, de 2018 em diante, as bases consolidadas não adotam mais a designação "Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade", passando a ser "Atenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar", incluindo o FAEC. Para evitar uma dupla contagem, seu valor foi deduzido para o preenchimento da coluna "Limite Financeiro da MAC".

Figura 5 - *Recursos do bloco MAC Ambulatorial e Hospitalar de 2015 a 2020.*



Fonte: elaboração própria.

42. *O limite financeiro da MAC é um valor transferido pela União aos fundos de saúde dos demais entes e leva em conta, entre outros aspectos, a capacidade de prestação de serviços de saúde previamente comprovada, não tendo uma relação direta com o que é periodicamente produzido por*

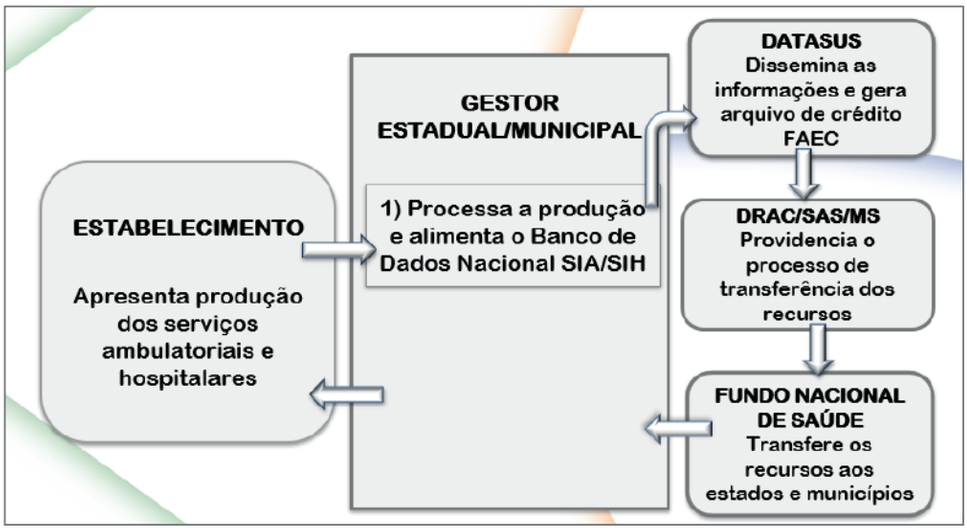
cada prestador. Reitera-se que esse controle de produção efetiva é realizado pelo gestor estadual ou municipal.

43. *Como já mencionado, além do limite financeiro da MAC, compõem os recursos da média e alta complexidade os recursos transferidos por meio do FAEC. Esse Fundo viabiliza, por meio recursos federais, sem comprometer os valores repassados via limite financeiros dos demais entes, a realização de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, isto é, pacientes que são referenciados para a realização de procedimentos para unidades da federação diversa daquela em que o paciente foi inicialmente atendido, além de outros procedimentos considerados estratégicos pelo MS.*

44. *Levando em conta que os valores destinados ao FAEC necessitam de controle da União que corresponda à real produção do prestador (diferentemente do limite financeiro da MAC), reproduz-se na Figura 7, ilustração disponibilizada pelo MS demonstrando como se dá o fluxo de produção-pagamento do FAEC.*

45. *Importa ressaltar que, apesar de o recurso do FAEC já ter um prestador beneficiário definido, quando o recurso deixa os cofres do FNS, o recurso é repassado antes ao fundo estadual ou municipal de saúde, o qual é o responsável por processar o pagamento ao prestador.*

Figura 6 - *Fluxo de produção/pagamento do FAEC.*



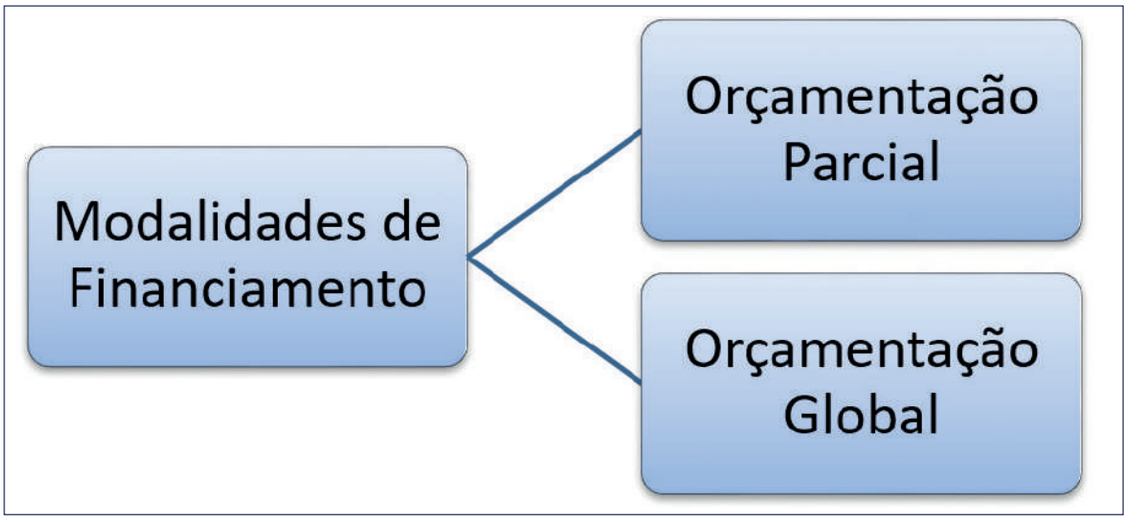
Fonte: Ministério da Saúde, CGSC/DRAC/SAES.

Quais os principais estímulos aos prestadores?

2.2.1. ***Financiamento dos hospitais***

46. *Os repasses financeiros aos hospitais contratualizados serão realizados de maneira regular, condicionados, porém, ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, as quais serão estabelecidas no "Documento Descritivo", anexo ao contrato. Os entes responsáveis pelos repasses serão os entes federados que assinaram os instrumentos de contratualização (art. 28 da Portaria GM/MS 3.410/2013). O documento descritivo deve também definir as respectivas fontes de recursos e montantes mensal e anual. Há um modelo para apresentar essas informações anexo à Portaria GM/MS 3.410/2013.*

Figura 7 - *Modalidades de financiamento hospitalar.*



Fonte: elaboração própria.

47. *De acordo com a Portaria da Contratualização (Portaria GM/MS 3.390/2013), há duas grandes modalidades de financiamento dos hospitais do SUS: "orçamentação global" e "orçamentação parcial". Deve-se destacar que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial (art. 16 da Portaria GM/MS 3.410/2013).*

48. *A Portaria da Contratualização traz as seguintes definições para tais modalidades (destaques inseridos e com adaptações):*

> ***Orçamentação parcial:*** *a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado.*
>
> ***Orçamentação global:*** *modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilhas separadamente.*

49. *Independentemente da modalidade de orçamentação utilizada, o não atendimento das metas e compromissos formalizados resultará em efeitos financeiros negativos para a unidade hospitalar. As regras que regem o atendimento insuficiente das metas estabelecem (art. 29 da Portaria GM/MS 3.410/2013) que o hospital que não atingir pelo menos 50% das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.*

50. *Já nos casos em que há uma superação consistente das metas pactuadas, a regra normativa é (art. 30 da Portaria GM/MS 3.410/2013) o hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% por doze meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária.*

51. *Registra-se que a regra para considerar uma eventual superação de metas é significativamente menos sensível no aspecto temporal que a regra para reduzir o valor dos repasses*

para um hospital com desempenho insuficiente. Com efeito, para que haja uma reavaliação para cima nos valores, é preciso que o hospital performe doze meses consecutivos acima da meta pactuada, enquanto para uma reavaliação para baixo, basta que sejam três meses. Para equilibrar essa assimetria, porém, o nível de insuficiência é bastante tolerante, só havendo uma reavaliação a menor em casos de desempenho que fiquem abaixo de 50% do pactuado.

52. *Apesar de a regra ser a utilização da orçamentação parcial, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, desde que tal modalidade seja acordada entre as partes e condicionada ao cumprimento de metas e compromissos formalizados, que devem ser monitorados e avaliados periodicamente. Ademais, tal modalidade de orçamentação deve levar em conta:*

a) a infraestrutura tecnológica da unidade (porte, equipamentos e serviços);

b) o perfil assistencial;

c) a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e

d) o custo regional de materiais e serviços.

53. *Já a orçamentação parcial é composta por dois tipos de parcelas que merecem detalhamento, valor pré-fixado e valor pós-fixado.*

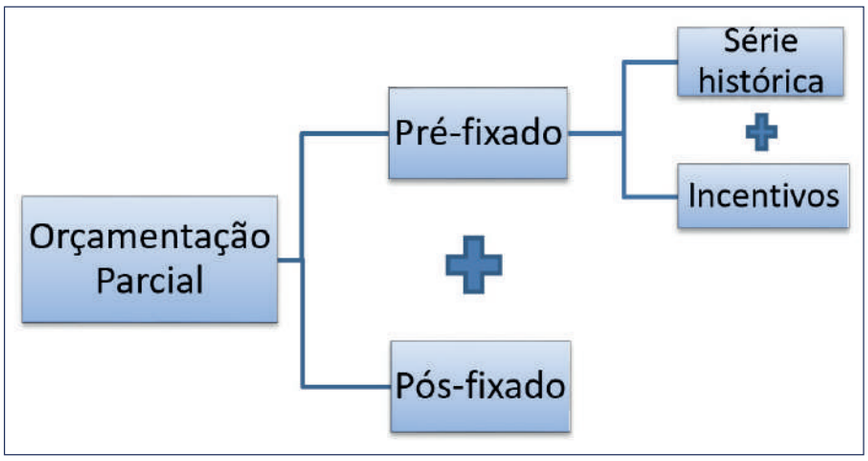
54. *O valor pré-fixado, como seu próprio nome sugere, é um valor definido e provisionado antecipadamente a ser destinado ao hospital, garantindo-lhe um conhecimento prévio sobre o montante de recursos, o que favorece uma maior previsibilidade no custeio das despesas da unidade. Ele é composto:*

a) pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos doze meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e

b) por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas quali-quantitativas.

55. *O valor pré-fixado repassado mensalmente aos hospitais serão condicionados, em regra, da seguinte forma: 40% ao cumprimento das metas qualitativas e 60% ao cumprimento das metas quantitativas. Esses percentuais podem ser alterados pelo ente federativo desde que respeitados o valor percentual mínimo de 40% e pactuados no instrumento de contratualização com o hospital.*

Figura 8 - *Composição da orçamentação parcial.*



Fonte: elaboração própria.

56. *A parcela pós-fixada, por sua vez, é calculada a partir do valor de remuneração dos serviços de alta complexidade e do FAEC, obtidos de uma estimativa de metas físicas, remunerados de*

acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor do ente federado. Merece notar que a parcela pré-fixada é em grande parte composta por recursos relacionadas à serviços de média complexidade, enquanto a parcela pós-fixada é diretamente influenciada pelos serviços de alta complexidade prestados.

57. *Na orçamentação parcial, ainda, o ente federativo poderá definir parcelas adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada caso tenha capacidade de financiamento com fonte de recursos própria.*

58. *Com base no que fora exposto, pode-se esquematizar a orçamentação parcial conforme Figura 9.*

Aspectos relacionados ao estágio de avaliação da política

2.3. *Avaliação do desempenho da prestação de serviços*

59. *Diante de tudo o que foi exposto na seção anterior, pode-se concluir que a gestão dos resultados diretamente apresentados pelo prestador não é feita pela União. A configuração das metas quantitativas e qualitativas é delimitada pelos entes subnacionais, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela União na Portaria GM/MS 3.410/2013.*

60. *Conforme será exposto mais detalhadamente no capítulo 3, seção 3.1, há considerável imprecisão sobre qual é o real papel da União na gestão do desempenho dos hospitais. Apesar de isso ser, de certa forma, delimitado na Portaria GM/MS 3.390/2013, a qual define as competências do MS na PNHOSP, as previsões normativas não estão aderentes à realidade, pondo em dúvida as premissas sobre as quais elas foram elaboradas.*

61. *Cabe aqui também destacar, mais uma vez, que o modelo de financiamento atual está centrado na produção de serviços, gerando baixos estímulos à eficiência operacional e à qualidade na atenção para entrega de valor ao paciente. Assim, atualmente, as informações geradas pelos sistemas e repassadas à União pelos entes não fornecem uma base para esse tipo de monitoramento e de avaliação.*

62. *No capítulo 3, seção 3.2, será exposta e mais bem detalhada a intenção do MS de mudar o sistema de financiamento da atenção especializada para um modelo mais voltado para o diagnóstico dos pacientes, com base na metodologia DRG. Isso pode ser uma oportunidade para que a União gere estímulos mais contundentes para que os prestadores sejam mais eficientes e tenham uma maior preocupação com a qualidade da atenção à saúde, gerando mais valor para o cidadão usuário do sistema. Além disso, poderá ser possível, com esse projeto, obter acesso a informações mais qualificadas para que a União exerça de fato um monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar no país.*

63. *Cabe, por último, mencionar uma iniciativa do Demas no que tange a esfera do monitoramento e da avaliação dos serviços prestados no SUS. Atualmente, já existe um repositório de 163 indicadores previstos no MGDI.*

64. *Segundo o Demas, está em andamento um processo de qualificação desses indicadores, com auxílio da Universidade de São Paulo (USP), por meio de fichas em que se estabelece critérios técnicos para reconhecer cada um deles como válido. Esse processo de validação também passará pelas áreas técnicas do MS. Sendo assim, enxerga-se uma oportunidade para que o mecanismo de monitoramento e avaliação seja aperfeiçoado, especialmente nos setores responsáveis pela atenção especializada.*

65. *Esse assunto também será mais bem detalhado no Capítulo 3 deste relatório, especificamente na Secção 3.3.*

2. *Variáveis de acompanhamento*

3.1. ***Monitoramento do desempenho dos hospitais***

Introdução

66. *O MS não monitora, de forma sistemática, o desempenho dos hospitais que prestam serviços ao SUS. O motivo provável é ausência de clareza sobre o papel gerencial do MS na prestação de serviços nos hospitais do SUS, uma vez que não há evidências de que as normas sobre contratualização de hospitais e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) tenham sido formuladas a partir de um diagnóstico do problema que se pretendia resolver.*

67. *Umas das lições mais prestigiadas em gestão é "não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia". Essa frase é atribuída a William Edwards Deming, estatístico americano conhecido por levar ao Japão pós-guerra práticas de organização produtiva que proporcionaram um aumento sem precedentes da qualidade e da produtividade da indústria japonesa durante o século XX.*

68. *A importância de se monitorar ("medir") resultados reside na possibilidade de que decisões gerenciais tomadas sejam baseadas em evidência. Esse é um elemento central do conceito de gerência a qual Deming se referia, pois, sem evidências e dados para fundamentar as decisões, os atos de gestão serão palpites.*

69. *Embora tenha sido concebido num contexto industrial, o raciocínio de Deming também é válido para a gestão pública. Ao descentralizar recursos federais ao SUS, é relevante para os gestores do MS saber os efeitos e resultados do uso dos recursos descentralizados, ainda que estes sejam aplicados junto com recursos de cofres de outras esferas e por gestores de outros entes.*

70. *Na saúde, é sabido que, na maioria das vezes, a União não é o ente que realiza a gestão da prestação do serviço. No SUS, essa tarefa costuma ficar a cargo dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal. Nada obstante, no contexto dos serviços de saúde prestados por hospitais não é diferente, a União é um dos principais financiadores e o principal organizador e formulador de políticas públicas da média e alta complexidade no SUS.*

71. *Essa particularidade tem dois efeitos que merecem destaque. O primeiro é que existe um intermediário da informação a ser recebida pelo MS, que são os estados e os municípios. O segundo é que, por sua gerência ser apenas mediata, o tipo de dado ou informação relevante para o acompanhamento e monitoramento pelo MS pode ser diferente daquele usado pelos estados e municípios para a mesmo propósito. Junto a isso, existe a necessidade de se definir qual informação é relevante para o monitoramento exercido pelo Ministério da Saúde.*

Contratualização e Política Nacional de Atenção Hospitalar

72. *Para tentar endereçar essas questões, é preciso compreender como é a sistemática de organização dos hospitais que prestam serviços ao SUS. Essa organização se dá por meio da contratualização, prevista nas Portarias GM/MS 3.390/2013, da PNHOSP, e 3.410/2013, da contratualização.*

73. *Toda unidade hospitalar que presta serviços assistenciais ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica, esfera administrativa, esfera de gestão, se público ou privado, com ou sem fins lucrativos, deve formalizar sua relação com o SUS por meio de contrato assinado com um gestor público. É o regramento do art. 29 da Portaria GM/MS 3.390/2013, que institui a PNHOSP.*

74. *A PNHOSP, por sua vez, define em seu art., 4º que os hospitais que prestam ações e serviços para o SUS compõem-se como "um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da Região de Atenção à Saúde (RAS) loco-regional (...)".*

75. *A PNHOSP possui catorze diretrizes, as quais são relacionados no Quadro 4, em que destaques foram inseridos.*

Quadro 4 - *Diretrizes da PNHOSP.*

Inciso	*Art. 6º da Portaria GM/MS 3.390/2013*
I	*Garantia de **universalidade de acesso**, equidade e integralidade na atenção hospitalar*
II	***Regionalização** da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais*
III	*Continuidade do cuidado por meio da **articulação do hospital** com os demais pontos de atenção da RAS*
IV	*Modelo de atenção centrado no **cuidado ao usuário,** de forma multiprofissional e interdisciplinar*
V	***Acesso regulado** de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS*
VI	***Atenção humanizada** em consonância com a Política Nacional de Humanização*
VII	***Gestão de tecnologia** em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS*
VIII	*Garantia da **qualidade** da atenção hospitalar e **segurança** do paciente*
IX	*Garantia da **efetividade** dos serviços, com **racionalização** da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais*
X	***Financiamento tripartite** pactuado entre as três esferas de gestão*
XI	*Garantia da **atenção à saúde indígena**, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena*
XII	***Transparência** e **eficiência** na aplicação de recursos*
XIII	*Participação e **controle social** no processo de planejamento e avaliação*
XIV	***Monitoramento e avaliação***

76. *Há que se destacar também a existência de seis eixos estruturantes da PNHOSP previstos no art. 7º da Portaria GM/MS 3.390/2013, quais sejam:*

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP:

I - Assistência Hospitalar;

II - Gestão Hospitalar;

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;

IV - Financiamento;

V - Contratualização; e

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão

77. *Sobre os eixos estruturantes da PNHOSP, é importante saber que se trata de temas divididos em seções da Portaria GM/MS 3.390/2013, sendo uma forma de organizar seu conteúdo. Nessa portaria, cada eixo é detalhado num conjunto de regramentos específicos que estão reproduzidos nos seus artigos 8º a 32.*

78. *A contratualização, além de ser um eixo estruturante da PNHOSP tratado na Portaria GM/MS 3.390/2013, possui ato normativo específico para regê-la. Se por uma lado a portaria da PNHOSP define que toda unidade hospitalar que preste serviço para o SUS deve ter sua participação no sistema formalizada por instrumento contratual, por outro, as regras da contratualização definidas na Portaria GM/MS 3.410/2013 são aplicadas apenas aos hospitais com cinquenta ou mais leitos operacionais, tendo como exceção os hospitais privados sem fins lucrativos, em que o mínimo são trinta leitos operacionais, sendo desses, pelo menos 25 destinados ao SUS.*

79. *As responsabilidades dos hospitais no âmbito da contratualização se dividem em quatro eixos definidos no art. 6º da Portaria GM/MS 3.410/2013:*

I - assistência;

II - gestão;

III - ensino e pesquisa; e

IV - avaliação.

80. *Expõe-se a seguir uma síntese de algumas das obrigações de cada eixo. No eixo da assistência, vale destacar a obrigação de os hospitais cumprirem os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência. Na gestão, merece menção o dever de informar aos profissionais da unidade os compromissos e metas contratualizadas, disponibilizar a totalidade das ações e serviços contratualizados para a regulação do gestor público e alimentar os sistemas de notificação compulsória. Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, é oportuno mencionar o dever de se difundir práticas de cuidado integral e ser campo de educação permanente para profissionais da RAS. Por fim, no eixo de avaliação, convém relacionar a íntegra das medidas que o compõe (art. 10):*

*I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e **eficiência** na qualidade dos serviços;*

*II - avaliar o cumprimento das **metas** e a **resolutividade** das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;*

*III - avaliar a **satisfação** dos usuários e dos acompanhantes;*

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

*V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do **controle de riscos**; e*

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

(destaques inseridos)

81. *Ainda no eixo da "avaliação", a Portaria GM/MS 3.410/2013 estabelece como dever dos hospitais contratualizados no SUS o monitoramento dos seguintes indicadores (artigos 11 e 12):*

a) taxa de ocupação de leitos;

b) tempo médio de permanência para leitos de clínica médica;

c) tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos;

d) taxa de mortalidade institucional;

e) taxa de ocupação de leitos de UTI; e

f) densidade de incidência de infecção por cateter venoso (CVC).

82. Para que haja a contratualização é preciso a assinatura de um instrumento formal entre gestor público e o representante da instituição hospitalar. De acordo com essa portaria, o instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis, quais sejam, (i) o termo do instrumento formal de contratualização e o (ii) Documento Descritivo. O instrumento formal conterá obrigatoriamente:

*I - as **responsabilidades do hospital** quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;*

*II - as **responsabilidades da União**, Estado, Distrito Federal e Municípios;*

*III - os **recursos financeiros**, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;*

*IV - as **sanções** e penalidades conforme legislação específica;*

*V - a constituição e funcionamento da **Comissão de Acompanhamento** da Contratualização de que trata o art. 32;*

*VI - o **Documento Descritivo**, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento. (destaques inseridos)*

83. O Documento Descritivo, por sua vez, terá validade máxima de 24 meses, devendo ser revisado e renovado após o período de expiração de sua validade, e conterá no mínimo:

a) todas as ações e serviços de saúde que serão prestados pelo hospital;

b) as metas físicas e seus quantitativos;

c) as metas qualitativas;

d) os recursos de estrutura física, tecnológica e humana necessária para a prestação dos serviços contratualizados;

e) os indicadores para avaliação de metas e desempenho; e

f) os recursos financeiros e respectivas fontes.

A atividade de monitoramento do desempenho dos hospitais

84. Em linha com o que fora posto, a Portaria GM/MS 3.410/2013, em seu art. 4º, inciso IV, elenca como competência do MS acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

85. Todavia, não há, por parte do MS, a realização de uma atividade de monitoramento sistemática que se assemelhe ao estabelecido na Portaria. Verificou-se, contudo, que existem ações pontuais de avaliação, caso a caso, motivadas por eventos ou demandas específicas, internas ou externas ao MS, mas que não se enquadram a um processo contínuo e abrangente.

86. A despeito disso, esse descompasso entre o monitoramento previsto e a ausência de atividade de controle com pretensão de atender o que o próprio MS estabeleceu em norma, não caracteriza, necessariamente, na opinião desta equipe de fiscalização, negligência ou omissão grave.

87. A razão é que Esse nível de controle sugere uma proximidade que apenas os entes e gestores locais/regionais possuem, pois são quem assinam os instrumentos de contratualização e vivenciam as necessidades de sua população em seu território.

88. Nada obstante, esse descumprimento normativo não se trata apenas de uma definição infeliz de procedimentos de controle, mas indica uma possível fragilidade institucional mais profunda, na estratégia de atuação do MS. Ao instituir em norma controles que não são implementados por suas equipes técnicas por motivos de viabilidade, evidencia-se que o MS não sabe qual informação precisa

para exercer seu papel gerencial e um dos motivos possíveis para isso é que pode não haver clareza sobre qual é o seu papel na organização e prestação de serviços dos hospitais do SUS. Dito de forma direta, há indícios de que o Ministério não tem claro qual é o seu papel gerencial na prestação de serviços hospitalares do SUS.

89. Essa conclusão é possível pois, se a realidade fosse contrária, isto é, caso o MS tivesse claro qual seu papel nesse processo, a definição de quais informações lhe caberiam monitorar seria inequívoca e as consequências de não as monitorar seriam imediatamente percebidas pelos tomadores de decisão em nível federal. Ademais, não há evidências disponíveis de que tenha havido um diagnóstico do problema que a contratualização (ou mesmo a PNHOSP) pretende resolver.

90. Diante dessa situação encontrada, há uma necessidade de não só revisar os procedimentos de controle previstos na portaria de contratualização, mas, de reavaliar (ex-post) o papel gerencial do Ministério sobre os serviços de saúde prestados por hospitais do SUS e fazê-lo repercutir sobre suas rotinas de controle e tomada de decisão.

91. Em reunião com equipe do Dahu, área responsável pela Portaria GM/MS 3.410/2013, confirmou-se que a equipe técnica desse departamento também compartilha da percepção da necessidade de reforma normativa na temática. Foi mencionado que fora constituído grupo de trabalho e aberto processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do Ministério. Contudo, os trabalhos foram suspensos com o advento da pandemia da Covid-19.

Por que acompanhar o processo de revisão normativa sobre a contratualização com hospitais?

92. Esta fiscalização pretende acompanhar o processo de revisão normativa do MS no monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais do SUS.

93. É um dever do MS exercer o papel de direção do SUS naquilo que compete à União, art. 9º, inciso I, da Lei 8.080/1990. Sabendo que os serviços de saúde prestados por hospitais são de extrema relevância para a composição de serviços do SUS, é inegável a existência de um papel gerencial que seja condizente com a diretriz constitucional de descentralização do sistema.

94. Assim, este trabalho pretende saber se o processo de revisão normativa, conduzida pelo Dahu, é capaz de tornar claro o papel do MS sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e úteis para a tomada de decisão, consoante o papel gerencial do MS previamente definido.

95. Ademais, esta fiscalização visa saber se esse processo de revisão normativa da contratualização levará em conta a existência da PNMA-SUS e a implantação do MGDI, conectando as atividades de monitoramento previstas em norma com as ferramentas institucionalizadas pelo MS através da PNMA-SUS e do MGDI.

96. A PNMA-SUS busca a institucionalização de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde; seu acompanhamento contínuo, regular e sistemático. O MGDI, por sua vez, foi concebido para ser principal ferramenta de consulta para ações que utilizem indicadores de saúde, com o objetivo de promover a sistematização das informações para o monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde e para os processos decisórios.

97. Desse modo, a variável de acompanhamento relacionada ao monitoramento do desempenho dos hospitais são: os produtos e as atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Dahu sobre contratualização de hospitais do SUS, uma vez que não há um processo de monitoramento de desempenho propriamente dito.

98. Ademais, propõe-se recomendar ao Dahu, bem como às demais áreas do MS envolvidas, que, ao revisar as normas referentes à contratualização e à PNHOSP, sigam o processo de avaliação de políticas públicas preconizado no documento "Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex-Post" do Governo Federal, em especial a etapa de "análise de diagnóstico do problema".

3.2. ***Formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no Projeto DRG-SUS.***

Introdução

99. Ao construir a visão geral do objeto deste trabalho, percebeu-se que o modelo de financiamento atual está centrado na produção de serviços. De acordo com LA FORGIA & COUTTOLENC (2009)[1], esse modelo gera baixos estímulos à eficiência operacional e à qualidade na atenção para entrega de valor ao paciente. Assim, atualmente, as informações geradas pelos sistemas e repassadas à União pelos entes não fornecem uma base para esse tipo de monitoramento e de avaliação.

100. Em que pese esse cenário, o MS tem um projeto que pretende mudar o sistema de financiamento da atenção especializada para um modelo mais voltado para o diagnóstico dos pacientes, com base na metodologia DRG. Isso pode ser uma oportunidade para que a União gere estímulos mais contundentes para que os prestadores sejam mais eficientes e tenham uma maior preocupação com a qualidade da atenção à saúde, gerando mais valor para o cidadão usuário do sistema. Além disso, poderá ser possível, com esse projeto, obter acesso a informações mais qualificadas para que a União exerça de fato um monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar no País.

O que é DRG-SUS?

101. É um projeto do MS em que se pretende transformar o modelo de financiamento das ações de saúde no SUS com base em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs). Para essa finalidade, construiu-se uma cooperação entre Brasil e Dinamarca, mais especificamente junto aos técnicos da Autoridade Dinamarquesa de Dados em Saúde (Danish Health Data Authority - DHDA).

102. De acordo com a Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI), subunidade do Drac, o objetivo de desenvolver e implantar um sistema DRG no SUS é:

a) aprimorar as ferramentas de análise da produção assistencial realizada em território nacional: pública, suplementar e privada;

b) aprimorar o modelo de financiamento da atenção especializada; e

c) possibilitar a introdução de uma nova lógica de pagamento aos prestadores do SUS baseado em atividades DRG.

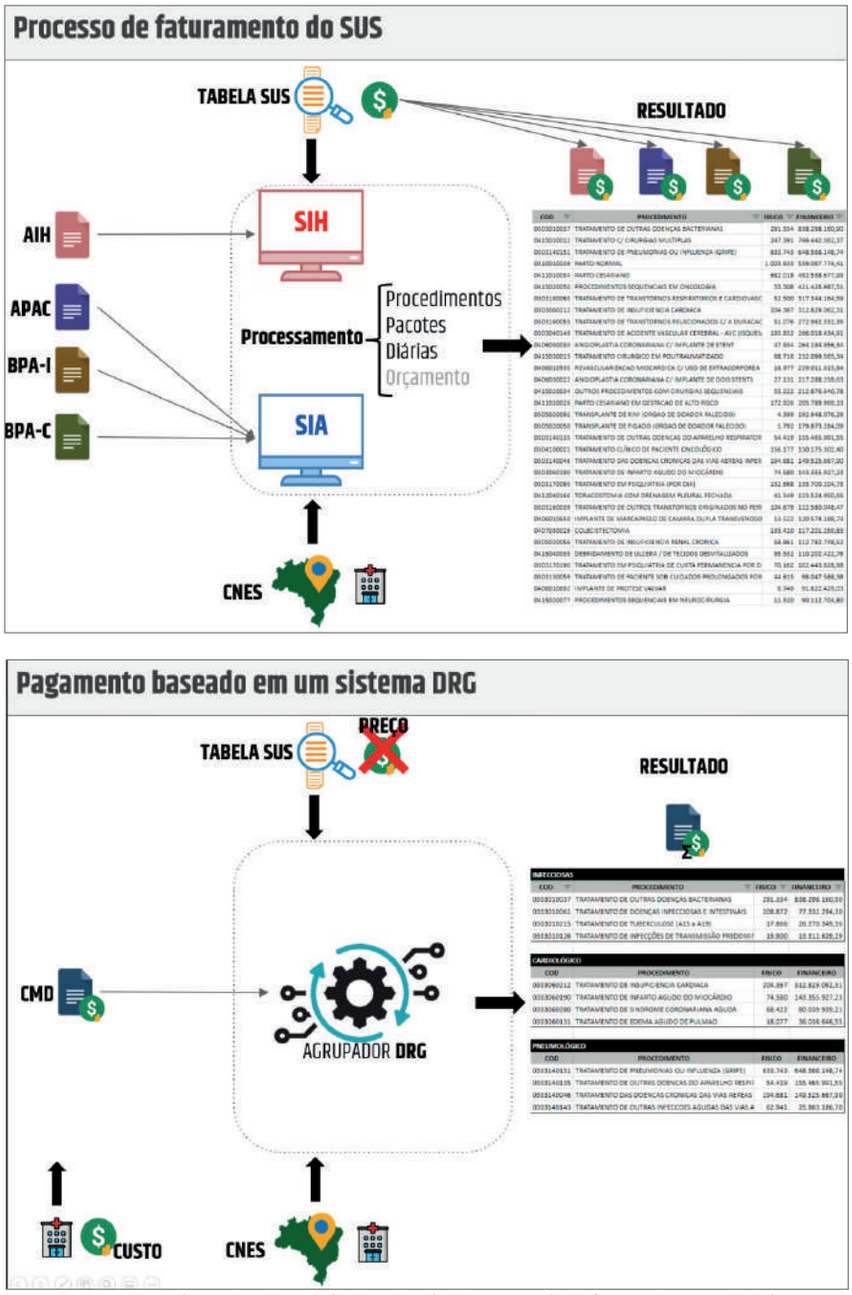
103. Essa metodologia prevê como referência principal não mais o procedimento a ser realizado, mas sim o diagnóstico do paciente, incluindo-se suas comorbidades e características pessoais, tais como sexo e idade. Diante disso, em um DRG é possível considerar a complexidade do caso, mesmo que os pacientes tenham diagnósticos principais similares.

104. Na nova proposta, parte-se da premissa de que o consumo dos recursos assistenciais dependerá do quadro completo de saúde de cada indivíduo. Dessa forma, a remuneração poderá ser mais justa para o prestador de serviços e o estímulo à segurança do paciente mais contundente. Veja na Figura 10 o esquema elaborado pela equipe da CGSI que apresenta o esboço da proposta de mudança no mecanismo de financiamento da atenção especializada.

105. No atual modelo, segundo os técnicos da CGSI, as unidades que atendem os pacientes com o quadro geral de saúde mais comprometido acabam tendo maior propensão ao prejuízo, pois as comorbidades e a idade do paciente, por exemplo, proporcionam um consumo maior de recursos e não são considerados nos parâmetros de remuneração.

[1] Desempenho Hospitalar no Brasil. Em busca da excelência. Ed Singular. 2009

Figura 9 - *Esquema sobre a proposta de mudança no mecanismo de financiamento da atenção especializada SUS.*



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

Projeto de cooperação com a Dinamarca e sua estrutura

106. Para construir o projeto de implantação do modelo de financiamento do SUS com base em DRG, técnicos do MS, liderados por uma equipe vinculada ao Drac, contarão com o apoio de técnicos da DHDA.

107. A mencionada parceria, que tem duração prevista até 2023, abarca três eixos principais de trabalho:

· ***Eixo A*** *- Construção de um* ***roteiro de implantação*** *do sistema DRG-SUS no país;*

· ***Eixo B*** *- Educação e* ***formação de tutores*** *do DRG-SUS; e*

· ***Eixo C*** *- Capacitação e* ***apoio na construção*** *do sistema DRG-SUS* ***em duas especialidades.***

108. Os detalhes da parceria podem ser consultados no documento inserido na peça 34 entregue pela CGSI à equipe de acompanhamento do TCU. De acordo com a CGSI, o projeto DRG proposto inclui:

(1) a construção de um ***sistema de classificação de pacientes*** *(Casemix) baseado em critérios clínico válidos em determinado território;*

(2) o ***levantamento e atribuição de custos*** *operacionais a nível de cada contato assistencial;*

(3) um método de ***criação de tarifas nacionais baseadas nos custos*** *das atividades; e*

(4) o agrupamento dos contatos assistenciais do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e o seu custo correspondente aos grupos de DRG construídos.

Implantação de um conjunto mínimo de dados

109. Todo sistema DRG tem como pré-requisito a disponibilidade de um conjunto conciso de informações padronizadas sobre todos os atendimentos em saúde realizados pelos estabelecimentos a nível nacional. Esta é a base informacional sob a qual o "algoritmo" DRG opera para classificar os casos clínicos existentes, e, portanto, este conjunto de dados, mesmo sendo muito conciso, possui algumas especificações obrigatórias.

110. A primeira especificação é que a unidade de registro de um atendimento em saúde nos bancos de dados seja ***aderente ao conceito de contato assistencial*** *que é definido internacionalmente como "o atendimento ininterrupto dispensado a um indivíduo em uma modalidade assistencial e em um mesmo estabelecimento de saúde". Isto garante a* ***unicidade de um atendimento em saúde em um mesmo registro computacional*** *que deve conter todos os procedimentos realizados, diagnósticos e comorbidades e outras características clínicas de um atendimento.*

111. A segunda especificação importante diz respeito ao ***conjunto de variáveis que devem ser registradas*** *em cada contato assistencial. Este conjunto de dados, mesmo que conciso, deve obrigatoriamente conter: características do paciente como idade, sexo, procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados, diagnósticos e comorbidades classificados em pré-existentes e adquiridos durante o atendimento, datas de início e de término do contato, bem como o tipo de desfecho.*

112. O Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), sistema que deverá substituir os atuais SIH e SIA, foi instituído pela Resolução CIT 6, de 25/08/2016, e considerado pelo Decreto S/N, de 29/11/2017. De acordo com a CGSI, o esboço levou em consideração a presença de informações sobre os atendimentos assistenciais que será necessária para a aplicação dos algoritmos de DRG.

Software de apoio ao DRG (sistema agrupador)

113. O agrupador do DRG é um algoritmo que será aplicado aos atendimentos registrados no CMD. Pode ser representado como uma árvore de decisão (Figura 11), onde os dados do CMD são agrupados utilizando: ***Diagnósticos; Procedimentos; e Características*** *do paciente para se chegar a um* ***produto hospitalar****.*

114. De acordo com a CGSI, deverá possuir basicamente três funções indispensáveis:

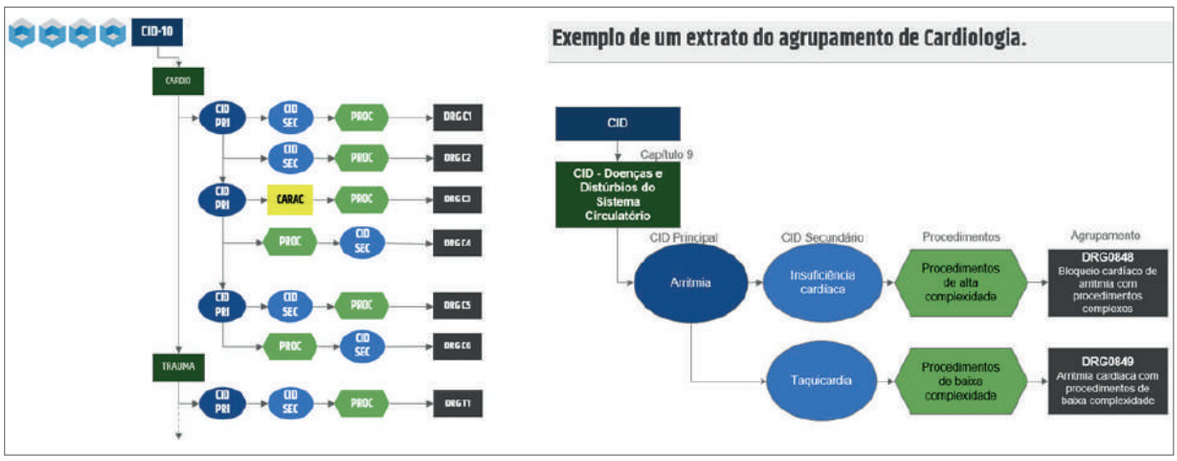
(1) um módulo de construção e manutenção visual dos ***agrupamentos*** *DRG em forma de* ***árvore de decisão*** *que resulte em um algoritmo aplicável aos contatos assistenciais;*

*(2) um módulo de **visualização pública da árvore de decisão** dos agrupamentos DRG definidos; e*

*(3) um **motor de processamento** que classifique os contatos assistenciais do CMD segundo o algoritmo DRG construído no módulo visual.*

115. Além disto, o software precisa ter (4) a capacidade de atribuir os custos operacionais, apurados por sistema de custos, aos contatos assistenciais do CMD e (5) ser capaz de calcular as tarifas nacionais com base em todas as informações dos contatos assistenciais, agrupamentos e custos atribuídos.

Figura 10 - *Esquema exemplificativo do algoritmo a ser aplicado na base de dados do CMD e visualização de um exemplo de agrupamento na especialidade de cardiologia.*



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

Por que acompanhar o DRG-SUS?

116. Conforme exposto no início deste relatório, estamos diante de um contexto em que está posto o desafio para que o SUS seja sustentável, diante do desafio fiscal que o país enfrenta, aliado a indícios de uma alta ineficiência na atenção especializada e do processo de envelhecimento acelerado da população. Assim, neste trabalho construiu-se uma visão geral para compreender como a União percebe e reage a esse problema, por meio de mecanismos para monitorar e avaliar o desempenho dos hospitais.

117. Com base nas entrevistas com gestores do MS (peças 8 a 26), constatou-se que não existe um mecanismo sistemático para monitorar e avaliar especialmente a eficiência e a qualidade da atenção hospitalar. O que se tem é o modelo atual de aferição da produção de serviços, mas não há condições de se medir custo-benefício das ações, nem entrega de valor para o paciente.

118. Apesar desse cenário, há uma iniciativa relevante para se implantar um novo modelo de financiamento dos serviços com base em metodologia DRG, no qual pode ser possível a aferição da qualidade e da eficiência na atenção à saúde e, assim, estimular a prestação dos serviços nessa direção.

119. Diante disso, a existência dessa iniciativa de implantação de sistema DRG para reformular o modelo de financiamento da atenção especializada no SUS foi percebida, na primeira fase da análise Swot executada pela equipe de auditoria (peça 40), como uma oportunidade de contribuir com a melhoria da eficiência e da qualidade na atenção hospitalar em virtude do potencial de estimular o uso racional do leito hospitalar em benefício do paciente.

120. O modelo de financiamento atual cria incentivos econômicos para procedimentos de alto valor, geralmente os de alta complexidade, em detrimento daqueles cujo valor pago não é tão elevado, gerando desequilíbrio no sistema. Este fato está evidenciado, para o caso oncológico, no item III.1.1, 101 a 107, do Relatório (ver também o Gráfico 9) que antecedeu o Acórdão 1.944/2019 - TCU - Plenário (peça 55 do TC 023.655/2018-6 – auditoria sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, quando ao acesso a serviços de diagnóstico).

121. Além disso, o modelo atual não considera o quadro geral do paciente, suas comorbidades e características importantes, como sua idade, podendo provocar, ainda segundo LA FORGIA & COUTTOLENC (2009), uma "seleção adversa" do paciente por parte do prestador, que escolhe atender os casos mais simples para serem tratados. Isto é, os casos em que seu custo de atendimento será menor, dada uma remuneração definida por procedimentos que teria de executar em ambos os pacientes.

*122. De acordo com a experiência relatada na iniciativa privada, o DRG tem potencial de construir um modelo assistencial com foco na segurança e entrega de valor para o paciente. Este último item considerado como entrega de resultados assistenciais com **controle de desperdício** e **melhoria da experiência** do paciente.*

Figura 11 - *Alvos potenciais no uso de metodologia DRG.*

Fonte: DRG Brasil em https://www.drgbrasil.com.br/a-plataforma/

Áreas sensíveis a serem acompanhadas.

123. Após a seleção desse tema, a equipe de auditoria buscou conhecer mais detalhes sobre o projeto de Cooperação Brasil-Dinamarca 2020-2023 para implantação do sistema DRG no SUS. O Sr. Leandro Del Grande Cláudio, Coordenador-Geral da CGSI, apresentou um documento em que detalha as fases e o esboço de cronograma das atividades (peça 34).

124. Com base no exame feito sobre o documento entregue e nas entrevistas com a equipe do DRG-SUS, foi realizada a segunda etapa da análise Swot e do Diagrama de Verificação de Risco - DVR (peça 41), a fim de identificar os principais riscos identificados para se alcançar o objetivo almejado pela inciativa do MS.

125. Vale destacar, contudo, dois aspectos: falta de mapeamento e gerenciamento de riscos estratégicos para formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada e de amadurecimento dos custos dos procedimentos em saúde.

3.2.1. Gerenciamento de riscos estratégicos do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS

O que é risco estratégico?

126. Antes de adentrar à discussão, cabe um alinhamento sobre o que se quer denotar com a expressão risco estratégico. De acordo com o manual de gestão de riscos do TCU, quer dizer risco de

*longo prazo ou risco de oportunidade relacionado aos **objetivos estratégicos** e às **estratégias adotadas para alcançá-los**.*

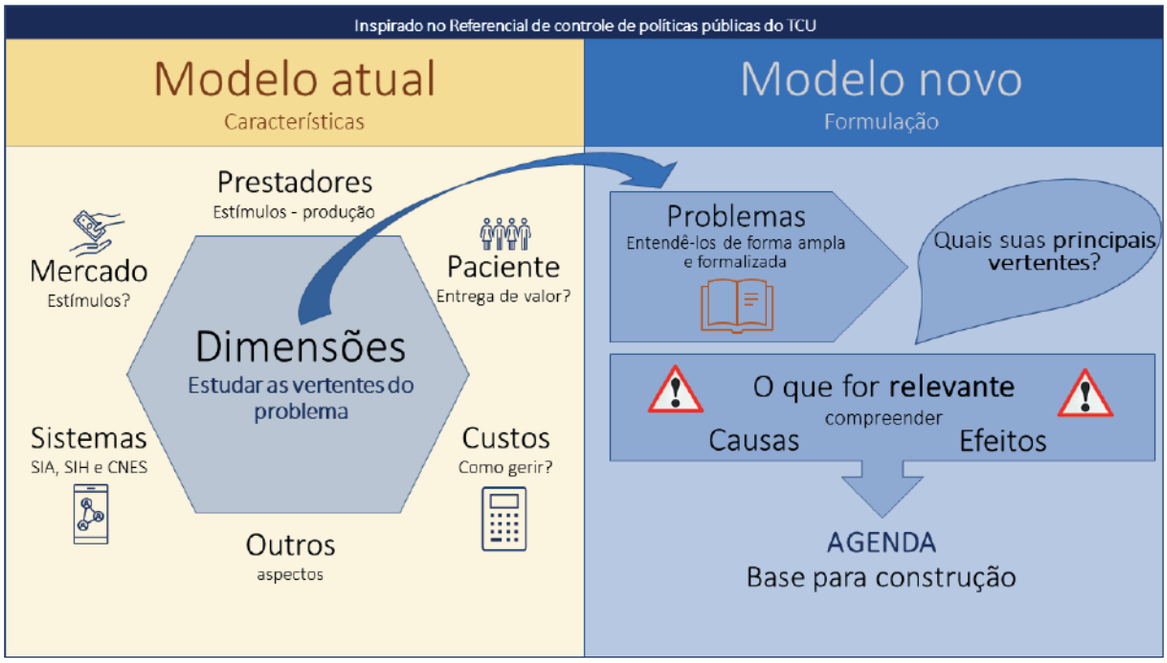
127. O processo de gestão de riscos consiste na identificação, análise e avaliação de riscos, na seleção e implementação de respostas aos riscos avaliados, no monitoramento de riscos e controles, e na comunicação sobre riscos com partes interessadas, internas e externas, durante toda a aplicação do processo. Formas de tratar riscos incluem evitar, reduzir, transferir e aceitar o risco. Selecionar a opção mais adequada envolve equilibrar, de um lado, os custos e esforços de implementação e, de outro, os benefícios decorrentes.

128. Quando se fala em risco, tem-se naturalmente a ideia de eventos incertos que possam interferir no alcance dos objetivos. Sendo assim, quando não se tem um amadurecimento suficiente sobre os objetivos, fica inviável falar sobre gerenciamento de riscos, pois não se sabe ao certo aonde se quer chegar.

129. Em consonância com o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, para se configurar um objetivo em qualquer política pública é preciso compreender muito bem o problema sobre o qual se pretende intervir, ou seja, obter um diagnóstico maduro e bem documentado sobre o tema.

130. Vale dizer também que, naturalmente, não se consegue atacar todas as vertentes do problema, devendo-se, portanto, priorizar aqueles que são os mais relevantes, considerando-se seus impactos sociais e econômicos. Esses últimos, segundo o mencionado Referencial, devem ter suas causas e consequências compreendidas com maior profundidade, a fim de se introduzir na agenda de trabalho propostas para melhor tratá-las (ver Figura 13).

Figura 12 - *Esquema sobre a lógica preconizada pelo Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.*



Fonte: elaboração própria.

131. Finalmente, como se trata de aplicação de um volume considerável de recursos públicos em um assunto de relevo nacional, pois se trata de modificar o modelo de financiamento da atenção especializada, alterando as regras sob as quais todos os prestadores de média e alta

complexidade atuam no SUS, é fundamental que haja transparência nesse processo de inserção dos problemas públicos na construção da agenda oficial do governo. Assim, esses documentos devem ser públicos e acessíveis para a sociedade.

Perspectiva da gestão de risco estratégico no caso concreto

132. Ao olhar para a política pública em construção, voltada para alterar o mecanismo de financiamento da atenção especializada no SUS, percebe-se que ainda estamos no estágio de sua formulação.

133. De acordo com o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, o estágio de formulação é aquele no qual problemas e intervenções públicos são analisados e selecionados para compor a agenda pública e o portfólio de ações governamentais. Engloba as seguintes fases:

> *a) **diagnóstico do problema**, que diz respeito a identificação do problema, sua delimitação e caracterização, identificação de público-alvo e de possíveis causas, efeitos e formas de tratamento;*
>
> *b) **formação da agenda pública**, isto e, a escolha do conjunto de problemas ou temas considerados merecedores de intervenção pública;*
>
> *c) **desenho da política pública**, que contempla a caracterização da política com base em modelo lógico que explicita, entre outras coisas, seus objetivos, produtos, atividades, resultados e impactos;*
>
> *d) **análise de alternativas**, que se desenvolve por meio de escrutínios formais ou informais das consequências do problema e confronta aspectos como custos-benefícios e custo-efetividade de cada alternativa disponível para apoiar o processo de tomada de decisão; e*
>
> *e) **tomada de decisão**, que representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema são explicitadas. (grifo nosso)*

134. Em que pese ainda se estar nessa fase de formulação da política, já se pode constatar, com base nas entrevistas com os gestores e nos documentos compartilhados, que há algumas decisões importantes tomadas, como, a escolha pelo modelo com base em DRG, inclusive com uma agenda de cooperação com a Dinamarca para se obter um projeto de implantação desse novo modelo.

135. Apesar disso, a equipe de fiscalização do TCU não obteve acesso a documentos que identifiquem e caracterizem, inclusive quantitativamente, de forma clara, os problemas relacionados ao atual modelo de financiamento. Tampouco objetivos da implantação do DRG, que se traduzam em metas específicas, mensuráveis, relevantes, atingíveis e delimitadas no tempo.

136. Portanto, não há elementos que indiquem que um diagnóstico sobre esse assunto tenha sido feito com base em evidências, a ponto de delimitar todos os objetivos a serem alcançados com a nova política, fruto de um conhecimento sobre as causas e efeitos das principais vertentes priorizadas do problema.

Aspectos relacionados ao diagnóstico apresentado nas entrevistas

137. Apesar de não ter sido entregue um documento formal sobre um diagnóstico estruturado sobre o problema com base em evidências, alguns elementos foram apresentados pelos gestores. Com base no documento e na apresentação compartilhada pela equipe do Drac (peças 33 e 34), há uma preocupação com a identificação dos requisitos do projeto DRG-SUS, como pode ser visto no excerto transcrito abaixo.

> *O projeto DRG proposto inclui (1) a construção de um sistema de classificação de pacientes (Casemix) baseado em critérios clínico válidos em determinado território, (2) o levantamento e atribuição de custos operacionais a nível de cada contato assistencial (3)*

um método de criação de tarifas nacionais baseadas nos custos das atividades e (4) o agrupamento dos contratos assistenciais do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e o seu custo correspondente aos grupos de DRG construídos.

138. Em que pese nessa fiscalização enxergar-se uma oportunidade para se obter um modelo de financiamento mais aprimorado, com potencial de equilibrar melhor os estímulos para os prestadores e a entrega de valor para o paciente, não se tem uma avaliação clara e formal sobre quais são os principais problemas do atual sistema e quais são as propostas para tentar equacioná-los no novo modelo.

*139. Podemos trazer alguns **exemplos de reflexão** que não estão contemplados até o momento na agenda da equipe DRG-SUS: quais as distorções existentes no estímulo financeiro aos prestadores presentes no modelo atual? como priorizar a entrega de valor ao paciente? quais as repercussões possíveis no mercado e na economia da saúde, com o novo contexto? quais são os principais stakeholders e seus interesses? quanto custará o projeto DRG-SUS? quais os riscos relacionados aos outros sistemas que serão a base para o DRG-SUS?*

Distorções no estímulo aos prestadores

140. Hoje, no SUS, tem-se diferentes tipos de modelos de pagamentos, de acordo com a natureza jurídica dos hospitais. Alguns tipos de hospitais são mais influenciados pelo modelo de financiamento da União, como, por exemplo, os filantrópicos. Nesse tipo de unidade, parte da remuneração é proveniente do que é produzido em termos de serviços e boa parte dos recursos gerada por meio de incentivos específicos.

141. Há um estímulo desequilibrado, provocado pelas atuais distorções da tabela SUS, para que esses hospitais produzam mais serviços relacionados à alta complexidade, pois são mais bem remunerados nesses itens. Os outros incentivos financeiros, conforme mencionado pela equipe do Drac, surgiram para minimizar a defasagem que a tabela sofre ao longo do tempo.

142. Quando se visualiza esse cenário mencionado acima e aprecia-se a construção do novo modelo, não se percebe um diagnóstico sobre os problemas enfrentados em cada tipo de modelo de gestão (gestão direta e indireta, por organizações paraestatais ou por organizações sem fins lucrativos) e como a agenda contemplará as causas dos desafios enfrentados por cada um deles.

143. Não há uma quantificação das distorções que o modelo atual cria no sistema. Num modelo de remuneração fee-for-service, em que se pagam procedimentos individualizados, o prestador será incentivado a produzir a maior quantidade de procedimentos mais bem remunerados e evitará prestar atendimentos cuja remuneração não seja atrativa.

144. Com efeito, não são apresentados valores estimados decorrentes dessa característica do sistema e/ou uma relação de procedimentos que estejam enquadrados como os mais "desejados" e os mais "rejeitados" pelos prestadores. Tampouco é declarado expressamente que solucionar tal distorção seja um objetivo do DRG-SUS e, provavelmente, não resultará em nenhuma meta relacionada a esse propósito.

145. Além disso, como será o destino dos incentivos financeiros que acabam compensando de algum modo a defasagem da tabela SUS atual? Seria importante considerar isso na formulação da nova política de financiamento, pois certamente essa vertente interessa a muitos atores presentes no sistema.

Como priorizar a entrega de valor ao paciente?

146. No atual modelo de financiamento, o foco está na produção de serviços. Não há prioridade para verificar a entrega de valor para o paciente, se o problema dele foi realmente resolvido e em que medida sua saúde está em uma melhor condição após a intervenção realizada.

147. De acordo com a definição utilizada no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, valor público são produtos e resultados gerados, preservados ou entregues pelas atividades de uma organização pública que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou demandas de interesse público e modifiquem certos aspectos do conjunto da sociedade ou de alguns grupos específicos reconhecidos como destinatários legítimos de bens e serviços públicos.

148. Dessa forma, cabe aqui mais essa reflexão: como a equipe responsável pelo novo modelo diagnosticou e considerou esse problema e quais são as perspectivas de inserção desse tema na agenda do projeto DRG-SUS? Haverá uma preocupação com o desfecho do atendimento? Se sim, como será feito o acompanhamento desse desfecho?

Quais as repercussões possíveis no mercado e na economia da saúde?

149. Durante a entrevista com a Chefe de Gabinete da Saes (peça 17), foi mencionado que ao longo dos anos a tabela SUS acabou influenciando o mercado e a economia da saúde. Com o novo modelo e a perspectiva de se obter informações mais atualizadas sobre custos, que orientará o regime de financiamento da União, fica patente a possibilidade de se ter algum impacto no mercado e na economia da saúde.

150. Vale, mais uma vez, exercitar aqui outra reflexão: há um diagnóstico sobre esse tema na atual conjuntura do SUS e isso foi considerado na agenda do projeto DRG-SUS?

Quais são os principais stakeholders e seus interesses?

151. No documento apresentado pela equipe do Drac, há uma menção especial sobre a necessidade de se trabalhar de forma integrada entre as áreas do MS e a articulação com atores externos ao ministério. Em que pese essa menção, não se tem, especialmente em relação a esses últimos, uma relação dos atores e um levantamento sobre seus eventuais interesses na matéria.

152. Para identificação e gerenciamento dos riscos, de acordo com o manual de gestão de riscos do TCU, essa etapa é basilar para que se construa uma agenda legítima de ações considerando os interesses mais genuínos da sociedade.

Quanto custará o projeto DRG-SUS?

153. Como estamos falando de recursos públicos, cabe aqui a aplicação de todos os princípios insculpidos no art. 37 da Constituição Federal, em especial a publicidade e a eficiência. Diante disso, espera-se que haja uma estimativa de quanto se espera gastar com a implantação do novo modelo de financiamento com base no DRG-SUS e se há uma estimativa quantificada e/ou qualificada dos potenciais benefícios a serem obtidos com sua implantação.

154. Além disso, como se trata de uma política que levará, certamente, alguns anos para ser formulada e implementada, deve haver algum planejamento orçamentário para tal. Não obtivemos acesso a essa informação ao longo do planejamento desse acompanhamento.

Riscos relacionados aos outros sistemas base para o DRG-SUS

155. Em que pese o documento entregue pela equipe do Drac mencionar a preocupação com a preparação dos sistemas que se constituem em requisito para implementação do DRG-SUS (CMD, novo CNES e Repositório de Terminologias em Saúde –RTS), não se apresentou um diagnóstico sobre os principais problemas a serem enfrentados na construção desses sistemas e a forma como a equipe pretende priorizá-los e gerenciá-los.

156. Enfim, esses foram apenas alguns exemplos que não constam na agenda formalizada pela equipe coordenadora do projeto DRG-SUS, mas que têm sua relevância no contexto dessa nova política.

Conclusões e fundamentos para os encaminhamentos

157. *Com base nas entrevistas realizadas pela equipe de auditoria junto à equipe coordenadora do projeto DRG-SUS e nos documentos compartilhados por eles,* ***não se evidenciou um processo estruturado de mapeamento e gestão de riscos estratégicos, com base em um diagnóstico preciso sobre o problema que se pretende resolver e que pudesse pautar de forma transparente a agenda pública****.*

158. *Vale mencionar alguns dispositivos legais que amparam a necessidade de se caracterizar os problemas que pretendem ser tratados por políticas, especialmente aquelas mais relevantes para a sociedade.*

159. *O art. 2º da Lei 9.784/1999 e o art. 27 do Decreto 9.191/2017 expõem o dever de a Administração Pública expor a motivação para os seus atos. Já o Decreto 9.203/2017, no seu art. 4º, inciso VIII, menciona expressamente a necessidade de se manter o processo decisório orientado por evidências, ainda mais quando se trata de uma proposta de mudança tão significativa para o SUS.*

160. *O § único do art. 20 do Decreto-Lei 4.657/1942 (Lei de introdução às normas do direito brasileiro) expõe que a motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida, inclusive em face das possíveis alternativas.*

161. *Além dos dispositivos legais mencionados, vale à pena ressaltar o documento "Avaliação de políticas públicas - guia prático de análise ex ante", emitido pelo governo federal, em que também ressalta a importância do diagnóstico do problema que se pretende combater para a proposição de uma nova política ou para a reformulação ou o aperfeiçoamento de política já existente.*

162. *Diante disso, propõe-se, com base na construção da visão geral do objeto, suportado pelas entrevistas realizadas e documentos compilados, com fulcro nas análises de problemas por meio de Swot e DVR, incluir os "produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS" como variável a ser acompanhada no segundo ciclo desta fiscalização, nos moldes do que foi inserido na matriz de planejamento (peça 42).*

163. *Além disso, propõe-se recomendar ao MS, em especial à Saes, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e, em seguida, constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que não contemple apenas o projeto de implantação da ferramenta DRG-SUS, mas todas as inciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada, em alinhamento aos dispositivos legais mencionados nessa seção.*

3.2.2. Amadurecimento das bases de dados sobre os custos dos serviços hospitalares

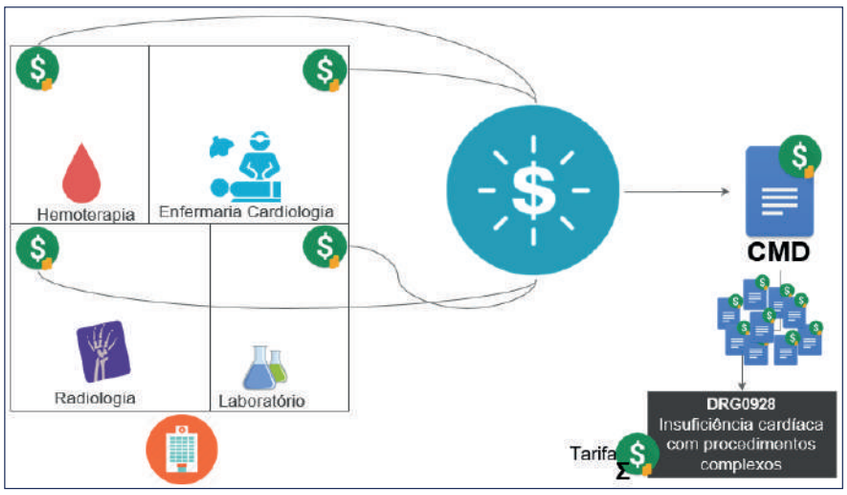
164. *Para implantação do sistema DRG é necessário que se tenha um conhecimento bem detalhado e amadurecido sobre os custos de cada recurso potencialmente gasto em cada grupo de diagnóstico similar. O motivo é que só é possível se definir um valor justo a ser pago sabendo-se o custo de cada atendimento e de que forma fatores como idade, doenças prévias e outros elementos que afetam a complexidade do atendimento impactam no custo total da prestação do serviço de saúde.*

165. *De acordo com a CGSI, o modelo de DRG-SUS a ser construído prevê percorrer os seguintes passos:*

1. *apurar os custos das unidades assistenciais (centros de custos);*
2. *dividir o custo total por cada atendimento realizado;*
3. *gerar a tarifa no agrupamento do DRG.*

166. A Figura 14 contém um exemplo esquemático preparado pela equipe da CGSI sobre a apuração dos custos e o seu processamento no DRG-SUS.

Figura 13 - *Esquema de apuração de custos para geração de tarifas no modelo de financiamento a ser construído.*



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde.

167. Atualmente a fonte de informação sobre custos dos procedimentos hospitalares utilizada pelo MS é proveniente do PNGC. Este é um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do SUS, por meio da geração, aperfeiçoamento e efetiva utilização de informações referentes a custos, como subsídio para a tomada de decisão e a otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde.

168. De acordo com o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid) da Secretaria Executiva do MS, existem dificuldades importantes enfrentadas por esse programa. Podem-se destacar, dentre elas: a) o baixo reconhecimento institucional do próprio MS, a ponto de as próprias unidades hospitalares federais não alimentarem o banco de dados do programa; b) a baixa adesão dos entes subnacionais por falta de interesse político; c) baixo apoio da alta gestão nos entes participantes, ao não proporcionar as condições necessárias para implementação do programa; e d) alta rotatividade de técnicos e gestores nos entes participantes.

Figura 14 - *Alimentação do Apurasus.*

UF	Nº de Estabelecimento
Acre	1
Amazonas	5
Amapá	2
Bahia	35
Ceará	8
Distrito Federal	24
Minas Gerais	5
Mato Grosso do Sul	1
Pará	2
Paraíba	4
Pernambuco	13
Rio de Janeiro	38
Rio Grande do Sul	14
Sergipe	13
São Paulo	1
Tocantins	7
TOTAL	**173**

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

169. *O Apurasus é a ferramenta que viabiliza a execução do programa, ou seja, é o sistema de informação para apuração e gestão de custos em estabelecimentos de saúde, disponibilizado a quem adere ao PNGC.*

170. *Perante o universo de estabelecimentos de saúde no país, existe um número bastante limitado de dados para suportar todas as informações necessárias para implantação do sistema DRG. Atualmente, apenas 234 unidades participam do aludido programa, sendo que 173 delas alimentam o sistema Apurasus e 61, estão na fase de captação dos dados (ver Figura 15).*

171. *Em que pese a pouca maturidade sobre as informações sobre custos no âmbito do MS, o projeto DRG-SUS prevê esses dados como um dos pilares importantes para implantação do modelo. Como pode ser visto abaixo, existem várias etapas do projeto em que será necessário um maior conhecimento nessa seara.*

Quadro 5 - *Etapas do projeto de cooperação Brasil-Dinamarca que preveem atividades relacionadas ao tema custo dos procedimentos.*

Período	Atividade	Produto
1º trim. 2021	Atividade A.2 - **Custos dos serviços** e formação de tarifas nacionais baseadas em DRG	**Relatório** com proposta de trabalho que inclua: ● estratégia para ampliação do levantamento de custos no Brasil, ● atribuição dos custos a cada atendimento (custos a nível de atividade), ● metodologia para formação de tarifas nacionais baseadas em DRG.
3º trim. 2022	Atividade C.2 - Estruturação de um **banco de dados** nacional de **custos** para DRG	**Relatório** com o panorama atual do sistema e banco de dados de custo, e com recomendações sobre como proceder para criar uma sólida base de dados de custos brasileiros para a elaboração de tarifas de DRG.
4º trim. 2022	Atividade C.5 - Discutir a experiência de construção do agrupamento DRG e identificar **atividades associadas sobre custos**	Plano de **revisão do agrupamento DRG** desenvolvido e lista das atividades **preparatórias para o trabalho com o banco de custos**
4º trim. 2022	Atividade C.6 - Base de **custos e tarifas** nacionais da especialidade A	Construção do **protótipo de custos da especialidade A** e cálculo das tarifas nacionais
2º trim. 2023	Atividade C.7 - Discutir a experiência de construção da **base de custos** do DRG especialidade A	Plano de **revisão da base de custos e tarifas** nacionais DRG desenvolvidas.
2º trim. 2023	Atividade C.10 - **Base de custos e tarifas** nacionais da especialidade B	Construção do **protótipo de custos** da especialidade B e cálculo das tarifas nacionais.
3º trim. 2023	Atividade C.11 - Vinculação do **banco de dados de custos** dos agrupamentos A e B	**Plano de trabalho** da atividade C.12 que tem como objetivo finalizar custos e tarifas para as especialidades A e B
3º trim. 2023	Atividade C.12 - Calcular **tarifas finais** e atribuir aos agrupamentos A e B	Agrupamentos de DRG das especialidades A e B finalizados, com **custos atribuídos e tarifas nacionais calculadas**

172. *Em consonância com o que foi exposto pela equipe coordenadora do projeto DRG-SUS, o processo de amadurecimento da informação sobre custos tem destacada relevância para o sucesso da formulação dessa política.*

173. *Entretanto, ao examinar o teor das entrevistas e os documentos compartilhados pela equipe da CGSI (peças 19, 21, 23, 33 e 34), o problema relacionado à questão de custos não está ainda bem definido, pois* ***não está clara a diferença entre a situação existente (realidade) e a situação desejada****.*

> *(...) o desafio relativo ao DRG é fazer o batimento entre o que se precisa de apuração de custos para DRG e o que o ApuraSUS oferece.*
>
> *Excerto do extrato de entrevista fornecida pelo Sr. Leandro Del Grande Cláudio, Coordenador-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde*

174. Assim, de forma similar ao que foi discutido até aqui neste relatório a respeito da gestão dos riscos estratégicos e da necessidade de delimitar bem o problema a ser tratado, cabe recomendação específica para que as áreas responsáveis executem esse diagnóstico a fim de que os objetivos sejam claramente definidos e a construção da agenda seja coerente com esses últimos.

175. Diante disso, propõe-se recomendar ao MS, em especial à Saes, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados à atual fonte de informações sobre custos das ações de saúde na atenção especializada em contraposição à situação almejada para implantação do novo modelo de financiamento, com base no DRG-SUS e, em seguida, constituído um plano de ação para institucionalização de uma agenda que contemple o saneamento das lacunas existentes.

176. A matriz de planejamento proposta (peça 42) contempla o risco exposto nesta seção e prevê o acompanhamento das atividades previstas no quadro 5 acima, especialmente aquelas relacionadas à preparação de uma base sólida de custos brasileiros para elaboração das tarifas, as quais servirão de base para a implantação do projeto DRG-SUS.

177. Essas atividades terão o envolvimento do Desid, setor do Ministério responsável pelo tema, e coordenação da equipe do Drac.

178. Cabe aqui também recomendar ao MS, com fulcro no princípio constitucional da eficiência e da publicidade previstos no art. 37 da Carta Magna, que promova junto às unidades hospitalares e institutos vinculados ao MS a efetiva adesão ao PNGC, com a finalidade de enriquecer a base de dados sobre custos, tão necessária para a gestão de desempenho e, especialmente, para o projeto DRG-SUS.

3.3. ***Formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS)***

O que é a PNMA-SUS?

179. Esclarece-se, incialmente, que o Demas encaminhou para a equipe de auditoria apenas a Minuta da PNMA-SUS (peça 36), ou seja, o documento que pretende instituir a aludida política está sujeito a debates, alterações e complementações, não havendo, portanto, ainda normativo publicado estabelecendo as regras sobre a política pública.

180. A PNMA-SUS pretende estabelecer um conjunto de diretrizes e objetivos que orientem a construção de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde; o acompanhamento contínuo e sistemático de políticas, programas, projetos, incluindo as metas pactuadas pelas instâncias de gestão do SUS, envolvendo todos os entes federativos, com a finalidade de fomentar a incorporação de uma cultura avaliativa no SUS.

181. Assim, a referida política tem como principais objetivos produzir informações estratégicas e de qualidade, de forma tempestiva, aos gestores do SUS, a fim de subsidiar a tomada de decisão; qualificar as práticas de monitoramento e avaliação em saúde a partir de indicadores definidos e pactuados pelas instâncias de gestão do SUS e, por conseguinte, fortalecer a pactuação interfederativa e o controle social do sistema.

182. Nessa linha, as diretrizes que constituem a política são transparência e publicidade da informação de saúde sob custódia dos entes federativos; objetividade e tempestividade na validação e apresentação dos dados e informações em saúde; transversalidade e articulação dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação do SUS para discussão e construção de políticas públicas integradas.

183. Quanto às responsabilidades pela condução da PNMA-SUS, em consonância com a gestão compartilhada e descentralizada estabelecida para o SUS, compete à União e aos entes subnacionais, nas suas respectivas esferas de gestão, a promoção da cooperação interfederativa; a disponibilização

das informações produzidas no processo de monitoramento e avaliação para retroalimentar o ciclo de gestão e subsidiar a tomada de decisões; além da previsão de recursos orçamentários e financeiros para execução das ações e para parcerias com instituições de ensino e pesquisa.

184. Outrossim, a PNMA-SUS será integrada por uma Matriz de Indicadores Estratégicos (MIE), que contemplará indicadores pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses indicadores deverão possuir fichas de qualificação e poderão ser excluídos, substituídos ou modificados a qualquer tempo, por meio de proposição dos entes à CIT.

185. Diante do exposto, verifica-se que a PNMA-SUS tem propósitos bastante abrangentes, pois pretende acompanhar, de forma sistemática e contínua, as políticas, programas, projetos, estratégias, serviços e ações de saúde conjuntamente aos entes subnacionais e fomentar a cultura avaliativa no SUS. Para isso, exige-se um grande esforço colaborativo e coordenação de estratégias e de ações, definição de responsabilidades e convencimento dos diversos atores envolvidos na gestão dos serviços de saúde pública no Brasil.

Módulo de Gestão de Dados e Indicadores

186. Aliado à PNMA-SUS, o MS tem adotado a estratégia de gerenciamento dos indicadores das políticas públicas de saúde por meio do repositório institucional, instituído por meio da Portaria GM/MS 1.839/2020, e que tem o propósito de ser a principal fonte de consulta nas ações que utilizem indicadores de saúde, com o objetivo de promover a sistematização das informações para o monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde e para os processos decisórios.

187. Em entrevista telepresencial à equipe de auditoria, a equipe representante do Demas relatou que o MGDI, embora tenha sido institucionalizado em 2020, foi criado em 2017, tendo informado que:

> *Fizemos também um trabalho de "pente fino" de pegar um legado de cerca de 500 indicadores/informações do MGDI, os quais não passavam por um processo de validação e homologação, e percebemos que ele possui 163 indicadores propriamente ditos, isto é, com fichas com informações dos respectivos atributos (conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes, método de cálculo, categorias sugeridas para análise, etc.), e aproximadamente 200 informações. A ideia com relação ao MGDI é que haja uma classificação dos indicadores nos selos branco, bronze, prata ou ouro, de acordo com a qualidade da ficha do indicador em determinado momento.*

188. Aspecto importante na referida portaria é a segmentação e definição de responsabilidades, pois, em que pese a gestão e a manutenção do MGDI ser de responsabilidade do Demas, cabe aos respectivos setores finalísticos do MS o cadastramento e a manutenção de informações relativas aos indicadores no repositório. Ressalta-se que o cadastramento e as atualizações no MGDI serão realizados por meio do SEI, com a autorização da autoridade máxima da Secretaria, consoante art. 71, § 3º, da Portaria GM/MS 1.839/2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS 1/2017.

189. Assim, compete às áreas técnicas finalísticas do MS o estabelecimento dos indicadores e definição dos sistemas que serão suas fontes de informação, bem como a alimentação e atualização dos dados para monitorar e avaliar as políticas públicas e programas e ações de saúde, das quais as referidas áreas técnicas foram responsáveis pelo seu desenho, implementação e execução.

190. Por sua vez, incumbe ao Demas o desenvolvimento de mecanismos para aperfeiçoamento dos indicadores, de forma a: garantir a temporalidade e a qualidade das informações; prover educação continuada e apoio para formulação e cadastramento de indicadores para saúde; e realizar ações necessárias para a correção de irregularidades cadastrais.

191. Em entrevista à equipe de fiscalização, os representantes do Demas informaram que um dos objetivos do MGDI é a classificação dos indicadores em forma de selos, de acordo com a ficha de qualificação, conforme proposta da USP, parceira do Ministério nesse projeto. A Sra. Adla Marques de Almeida Lacerda, Chefe de Gabinete do Demas, destacou, inicialmente, que a classificação de Selo de Metadados de Indicadores (SMI) é uma proposta em fase de implantação, sujeita à ajustes durante o processo de implementação.

192. Ainda segundo o Demas (peça 18), o SMI consiste em uma métrica de qualidade para classificar de forma simples, clara e objetiva os metadados dos indicadores de saúde com o objetivo de gerar informações úteis à tomada de decisões. Considerando as informações disponíveis no MGDI, a proposta é de quatro categorias para o SMI:

*a) **branco**: metadados que não cumprem os requisitos mínimos de governança de indicadores (dois requisitos);*

*b) **bronze**: metadados que cumprem os requisitos mínimos de governança de indicadores, ou seja, possuem o mínimo de qualidade esperada (dez requisitos);*

*c) **prata**: metadados que cumprem um conjunto maior de requisitos de governança de indicadores (quinze requisitos); e*

*d) **ouro**: metadados que cumprem todos os requisitos necessários à governança de indicadores (dezoito requisitos).*

193. Ressalta-se que a aplicação do selo nos indicadores disponíveis no MGDI, foram considerados, inicialmente, 18 requisitos conforme consta no Anexo I.

Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde

194. É previsto que o processo de implementação e aperfeiçoamento da PNMA-SUS, coordenado pelo Demas, contará com o apoio do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS), conforme art. 13 da Minuta de Portaria da PNMA-SUS.

195. O CCMA-SUS, formado por representantes de todas as Secretarias do MS, foi instituído por meio da Portaria GM/MS 3.201/2020, na qual estabeleceu que cabe ao referido Comitê: apoiar o Demas na coordenação da aludida política; propor ferramentas e sistemáticas para viabilizar e aprimorar a aplicação da PNMA-SUS; estruturar um plano de governança; e elencar políticas, programas, ações e projetos considerados prioritários, no âmbito de suas respectivas áreas técnicas.

196. Ao compulsar o documento (peça 37) encaminhado pelo Demas, no qual demonstra as etapas e produtos do processo de monitoramento e avaliação, observa-se uma forte participação do Comitê no processo de desenvolvimento de proposta de metodologia para a validação das políticas e programas identificados e no desenvolvimento de proposta de sistemática de monitoramento e avaliação dos indicadores (metodologia e periodicidade).

197. A portaria estabeleceu, também, que o CCMA-SUS se reunirá bimestralmente, mas podendo ser convocado extraordinariamente, com quórum de reunião e de deliberação por maioria simples. Outrossim, poderão participar das reuniões do comitê, como convidados especiais, sem direito a voto, representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema em discussão.

198. Pontua-se, ainda, que o CCMA-SUS elaborará relatório final sobre suas atividades, anualmente, que será encaminhado ao Ministro de Estado de Saúde.

Por que acompanhar a PNMA-SUS?

199. Há décadas, o processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde tem ocorrido de forma fragmentada no SUS, por meio da utilização de conceitos, metodologias e

instrumentos diferentes. Ou seja, não há um processo de integração das informações de saúde, tampouco sistematização do monitoramento e avaliação no MS.

200. Nessa linha, a crise fiscal, enfrentada pelo Brasil nos últimos anos, tem exigido dos gestores públicos uma racionalização dos gastos públicos, com melhor alocação de recursos e com priorização de políticas públicas para que atendam as principais demandas da sociedade e, consequentemente, proporcionem o bem-estar social e a diminuição das desigualdades regionais e sociais.

201. Nesse processo de priorização das políticas públicas, faz-se necessário: a realização de monitoramento e avaliação das referidas políticas para verificação do impacto na população beneficiada; verificar se o produto/serviço entregue corresponde ao planejado; se houve eficiência na alocação dos recursos; e se os objetivos pretendidos com a mudança da realidade atual para a desejada foram alcançados.

202. Diante desse cenário, a equipe de fiscalização, ao processar os extratos de entrevistas e executar técnicas de diagnóstico de auditoria (análises Swot e DVR), verificou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, tendo em vista que o sucesso da referida política poderá impactar positivamente no nível de eficiência da atenção especializada, notadamente nas unidades hospitalares.

203. Assim, o propósito do acompanhamento dessa temática reside na necessidade de saber se o processo de formulação da PNMA-SUS possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada nos hospitais.

Riscos priorizados pela equipe de fiscalização.

204. A equipe de auditoria, que na primeira fase de análise de problemas identificou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, realizou uma segunda fase de análises Swot e DVR com o objetivo de identificar os principais riscos associados à formulação da referida política, especialmente em relação aos objetivos almejados.

205. Com efeito, a equipe identificou alguns riscos potenciais, tendo priorizado os considerados mais relevantes: ausência de um plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS e falta de clareza do processo de apropriação das informações provenientes do monitoramento e avaliação por parte dos gestores de saúde para a tomada de decisão, isto é, como as informações serão úteis para os tomadores de decisão e o que assegurará essa utilidade.

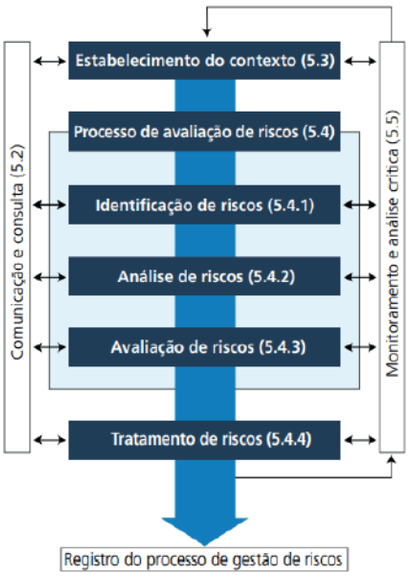
3.3.1. Ausência de um plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS

206. Baseado nas entrevistas e nas documentações encaminhadas pelo Demas, coordenador da PNMA-SUS, infere-se que o departamento não produziu documento institucional para identificação e análise dos potenciais riscos estratégicos associados à formulação da aludida política, assim como os mecanismos e os responsáveis pelo tratamento adequado.

207. Convém reforçar que a equipe de fiscalização, ao executar as técnicas de diagnóstico de auditoria, constatou uma grande oportunidade em acompanhar a PNMA-SUS, tendo em vista seu grande potencial no aprimoramento e priorização das políticas públicas por meio das ações de monitoramento e avaliação e, por conseguinte, potencial indutor da cultura avaliativa.

208. No entanto, a equipe de fiscalização não identificou que o Demas tenha elaborado algum plano de gestão de riscos estratégicos para a formulação da PNMA-SUS, pelo menos formalmente, o que poderá levar a materialização dos riscos sem que haja uma resposta apropriada, impactando nos resultados e sucesso da política.

Figura 15 - *Processo de gestão de riscos da ISSO 31000 (ABNT, 2009).*



Fonte: Manual de Gestão de Riscos – Avaliação de Maturidade (TCU)

*209. De acordo com o framework International Organization for Standardization (ISO) 31000 – Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, 2009), o **processo de gestão de riscos** consiste na identificação, análise e avaliação de riscos, na seleção e implementação de respostas aos riscos avaliados, no monitoramento de riscos e controles, e na comunicação sobre riscos com partes interessadas, internas e externas, durante toda a aplicação do processo. Sublinha-se que o referido framework foi utilizado no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex-Ante e no Manual de Gestão de Riscos – Avaliação de Maturidade (TCU) para identificação das etapas do processo de gestão de risco, em razão de sua utilização para gerenciar qualquer tipo de risco em toda ou em parte de qualquer organização (ver Figura 16).*

210. Assim, diante da complexidade da PNMA-SUS, que se propõe a estabelecer um conjunto de diretrizes e objetivos que orientam a construção de estratégias e ações de monitoramento e de avaliação de políticas públicas de saúde, com envolvimento de diversos atores de todos os entes federativos, é mister que o MS, por meio do Demas, não apenas conheça os potenciais riscos significativos que possam afetar a política, e sim, analisar, avaliar e adotar, quando necessário, medidas no sentido de eliminar, mitigar ou controlar tais riscos, com a definição de responsabilidades pelo tratamento adequado, sob pena de não se alcançar os objetivos estipulados.

211. Nessa linha, cabe apontar que outras iniciativas de sistematização do processo de monitoramento e avaliação foram adotadas pelo MS, tais como: o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (E-Car), software livre com estrutura de informação voltada para o acompanhamento estratégico e para o gerenciamento operacional de ações; e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), indicador composto que buscava avaliar o desempenho (três níveis de gestão: municipal, estadual e federal) do "SUS que atende os residentes de cada município brasileiro". Essas iniciativas embora demonstrassem ser bastante promissoras e de mudança de paradigmas, acabaram sendo suspensas ou extintas.

*212. Aponta-se, ainda, que para a elaboração da PNMA-SUS já foram constituídos, que se tem conhecimento, dois Grupos de Trabalho, por meio das Portarias GM/MS 1.517/2013 e 1.535/2017. Ou seja, **há oito anos**, no mínimo, que se tenta instituir a referida política, o que demonstra a*

complexidade, as dificuldades e, principalmente, a necessidade de se realizar um diagnóstico do problema, ou seja, verificar as falhas dos sistemas anteriores e compreender suas causas e efeitos. Assim, os objetivos poderão ser mais bem direcionados e, consequentemente, será viável a ***construção de uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores****.*

213. Diante do exposto, propõe-se incluir as etapas e os produtos dos processos de monitoramento e avaliação como variável de acompanhamento no segundo ciclo desta fiscalização, com fulcro no exame das entrevistas e documental e na execução das técnicas de diagnóstico de auditoria (Swot e DVR).

214. Nessa toada, propõe-se recomendar ao MS, em especial ao Demas, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que para a formulação da PNMA seja institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação.

3.3.2. Falta de clareza do processo de apropriação das informações provenientes do monitoramento e avaliação por parte dos gestores de saúde para a tomada de decisão.

215. A equipe de fiscalização ao examinar os extratos de entrevistas e a minuta de Portaria da PNMA-SUS, percebeu que não ficou demonstrado como ocorrerá o processo de apropriação, por parte dos gestores do MS e dos entes federativos, das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações para a tomada de decisão.

216. A única referência constante na minuta de portaria no que tange às informações produzidas é a de que o monitoramento da MIE será feito em plataforma digital administrada pelo MS. Assim, por se tratar de plataforma digital, infere-se que o monitoramento será realizado aos moldes da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) que também tem o propósito de disponibilizar informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento.

217. Registra-se que o Demas encaminhou documento (peça 37) com as etapas e produtos do processo de monitoramento e avaliação. A sua etapa 4 contém implementação de sistemática retratada no Quadro 6.

Quadro 6 - *Etapa de implementação da sistemática de monitoramento e avaliação.*

PRODUTO*: Sistemática de Monitoramento e Avaliação*
Desenvolver proposta de sistemática de monitoramento e avaliação dos indicadores (metodologia e periodicidade);
Apresentar e pactuar proposta de sistemática de monitoramento e avaliação no CCMA-SUS com adoção de pontos de controle;
Estabelecer reuniões temáticas com as áreas técnicas (gestoras das políticas e programas) sobre a implementação, evolução, manutenção das políticas e programas do Ministério da Saúde;
Produzir boletins informativos de monitoramento e avaliação;
Desenvolver painéis de monitoramento nas soluções digitais do Demas, quando pertinentes.

Fonte: Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde

218. As informações acima sobre atividades e ações a serem desenvolvidas na sistemática de monitoramento e avaliação não permitem estabelecer com clareza e objetividade como ocorrerá a disponibilização e a apreensão das informações por parte dos gestores de saúde.

219. De início, cabe ressaltar que as informações contidas na Sage, atualmente, não são atualizadas regularmente. Não está claro como ocorrerá o controle sobre as atualizações dos indicadores das políticas e programas de saúde que constarão em plataformas digitais ou boletins

informativos, e como os gestores de saúde se apropriarão dessas informações para tomada de decisão.

220. Outro aspecto importante é que na fase da implementação da sistemática de monitoramento e avaliação, não há informações de como ocorrerá a participação dos entes subnacionais. Extrai-se do quadro supra que o desenvolvimento da sistemática de monitoramento e avaliação ocorrerá apenas no ministério, notadamente com o Demas e CCMA-SUS, sem a participação dos outros entes.

221. No entanto, salienta-se que a PNMA-SUS terá como diretrizes: a transparência e publicidade da informação de saúde sob custódia dos órgãos e entidades dos entes federativos; objetividade e tempestividade na validação e apresentação dos dados e informações em saúde; transversalidade e articulação dos atores envolvidos no processo de monitoramento e avaliação do SUS. Ademais, é responsabilidade de todos os entes federativos a promoção da cooperação interfederativa e a disponibilização das informações produzidas no processo de monitoramento e avaliação.

222. Dessa forma, é importante conhecer como ocorrerá o processo de apropriação das informações produzidas por parte dos gestores de saúde.

223. Com efeito, cabe propor à esta Corte de Contas o acompanhamento da PNMA-SUS, notadamente a variável de acompanhamento referente ao processo de apropriação das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações por parte dos gestores do MS e dos entes federativos para a tomada de decisão, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada pelos hospitais.

3. *Limites de tolerância e variáveis definidos para o acompanhamento*

224. Limite de tolerância é o atributo que, ao ser observado, pode indicar a materialização de riscos sobre a variável acompanhada. Para sua verificação, serão programados encontros trimestrais com a equipe ministerial e a equipe de fiscalização a fim de atualizar as informações sobre o andamento dos trabalhos e disponibilização dos produtos elaborados.

225. Em seguida, serão expostas as peculiaridades desses limites e das variáveis de acordo com os três temas priorizados nesse acompanhamento.

Revisão normativa conduzida pelo DAHU sobre contratualização de hospitais

226. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se o escopo da revisão normativa não abranger todos os aspectos relevantes necessários para a definir com clareza o papel do MS sobre os serviços de saúde contratualizados com hospitais do SUS, bem como a definição de um cronograma para o processo.

227. Outro limite de tolerância será a metodologia utilizada como referência para o processo de revisão normativa e suas etapas. É esperado que o processo siga as etapas do referencial do Governo Federal destinado a avaliação de políticas públicas, Avaliação de Políticas Públicas – Guia Prático de análise Ex-Post.

228. Outrossim, vale lembrar ainda que no quesito escopo, o limite de tolerância levará em conta se o processo de revisão considerou a existência da PNMA-SUS e a implantação do MGDI, prevendo uma integração entre as atividades de monitoramento previstas na norma com as ferramentas institucionalizados pelo MS mediante a PNMA-SUS e o MGDI.

229. Assim, propõe-se definir como variável a ser acompanhada neste relatório de acompanhamento os produtos e atividades que compõem o processo de revisão normativa conduzido pelo Dahu sobre contratualização de hospitais.

Novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no Projeto DRG-SUS

230. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se não houver um processo de delimitação dos riscos estratégicos para o novo modelo de financiamento. De forma mais concreta, se não se formalizar um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e, em seguida, não ser constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que contemple todas as inciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada.

231. Além disso, de maneira similar, materializa-se o risco se não ocorrer a formalização de um diagnóstico dos problemas relacionados à atual fonte de informações sobre custos das ações de saúde na atenção especializada em contraposição à situação almejada para implantação do novo modelo de financiamento, com base no DRG-SUS e não for constituído um plano de ação para institucionalização de uma agenda que contemple o saneamento das lacunas existentes.

232. Diante disso, propõe-se incluir os produtos e atividades que compõem a formulação do novo modelo de financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS como variável a ser acompanhada no segundo ciclo desta fiscalização.

Formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS

233. Nesse tema, gerará alerta para a equipe de fiscalização se, no âmbito da formulação da PNMA não for institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação.

234. Ademais, materializa-se o risco se não houver identificação clara da estratégia que será utilizada para que os gestores do SUS se apropriem das informações geradas a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão.

235. Em face de tudo que foi exposto, propõe-se também incluir como variável deste acompanhamento o processo de apropriação das informações provenientes dos indicadores e dos monitoramentos e avaliações por parte dos gestores do MS e dos entes federativos para a tomada de decisão, especialmente no que tange à atenção à saúde de média e alta complexidade prestada pelos hospitais.

4. *Metodologia*

236. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria TCU 280/2010) e com observância aos requisitos e orientações estabelecidos pelo TCU no Manual de Auditoria Operacional e no Manual de Acompanhamento.

237. Em virtude da pandemia provocada pela Covid-19, a equipe não pôde se deslocar até Brasília-DF para interagir presencialmente com as equipes do MS, fato que provocou um relacionamento virtual com os gestores, por meio da ferramenta MS Teams. Apesar disso, nenhuma restrição foi imposta aos exames.

238. Durante a fase de planejamento do Acompanhamento, foram realizadas entrevistas com diversos gestores do MS que poderiam atuar ou influenciar no processo de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar.

239. Com base, especialmente, nas entrevistas processadas, a equipe de fiscalização executou a primeira etapa de diagnóstico de auditoria, com base na técnica Swot e DVR, na qual foram levantadas as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionados ao objeto geral do acompanhamento e, em seguida, levantados os potenciais riscos e oportunidades em áreas técnicas, políticas públicas e projetos de saúde que podem prejudicar ou melhorar o processo de monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada no SUS, especialmente da eficiência hospitalar.

240. Durante a fase de execução, depois da identificação das áreas técnicas com potenciais riscos e oportunidades de melhoria para o objeto do acompanhamento, foi realizada uma nova rodada de entrevistas com os gestores das aludidas áreas técnicas e coletado documentação pertinente. Posteriormente, realizou-se uma segunda etapa da análise Swot e DVR, agora voltado para os objetos priorizados na fase de planejamento.

241. A documentação encaminhada foi analisada com o fito de identificar riscos mais específicos para a formulação das políticas públicas e projetos de saúde considerados como oportunidades na primeira execução das técnicas de diagnósticos de auditoria.

242. Ainda na fase de execução e depois de identificados os riscos inerentes, a equipe de fiscalização selecionou as variáveis de acompanhamento e estabeleceu os limites de tolerância para cada variável. Com base nas variáveis de acompanhamento e limite de tolerância, elaborou-se a matriz de planejamento.

5. *Comentários dos Gestores*

243. Em atendimento ao art. 14 da Resolução TCU 315/2020 e ao item 93 do Anexo Único à Portaria-Segecex 27/2016, versão preliminar deste relatório e de seus encaminhamentos foram enviados para comentários dos gestores, mediante os Ofícios e 28.352/2021-TCU/Seproc e 28.354/2021-TCU/Seproc, de 28/5/2021 (peças 46 e 47). Outrossim, as principais conclusões do trabalho foram apresentadas em reunião de encerramento na presença do auditado, realizada em 26/5/2021.

244. Os ofícios foram entregues via sistema Conecta-TCU em 1/6/2021 e o prazo oferecido para a manifestação dos gestores foi definido até a data de 25/6/2021. Em 28/6/2021, apenas comentários parciais haviam sido apresentados, junto de um pedido de prorrogação de prazo até 18/7/2021 (peças 50 a 53).

245. Convém mencionar o comentário da Coordenação-Geral da Economia da Saúde (CGES) do Desid sobre a proposta de número 4, que propõe recomendar a adesão dos hospitais e institutos federais de saúde ao PNGC. A CGES afirma que já houve várias tentativas de promover a adesão dessas unidades ao programa, tendo algumas unidades já aderido a ele, porém sem êxito em completar todo o processo de implantação por razões diversas relacionadas à operacionalização da prática (peça 50, p. 3-4).

246. Diante disso, a CGES sugere que a recomendação seja endereçada a uma área com competências gerenciais sobre essas unidades, pois uma simples adesão ao PNGC não resultou numa implantação de controle de custos efetiva nessas unidades, segundo essa Coordenação (peça 50, p. 4). Em razão desses comentários, ajustes foram feitos na proposta de encaminhamento de n. 4.

247. Em 7/7/2021, novos comentários foram apresentados ao processo. Entre eles, destacam-se as Notas Informativas 122/2021 e 129/2021-CGSI/DRAC/SAES/MS (pela 57 e peça 56, respectivamente). Na primeira nota, a CGSI do Drac comenta a proposta de recomendação de número 2, afirmando que iniciou as atividades para construção de um diagnóstico baseado na metodologia de avaliação ex ante de políticas públicas, em alinhamento à proposta de recomendação de n. 2 (peça 57, p. 2).

248. Também na Nota Informativa 122/2021, é afirmado que a documentação estruturante do projeto não foi formalizada, tendo a equipe de fiscalização analisado documentação interna utilizada apenas como material informativo. Ademais, é dito que, embora haja expectativa de que o projeto DRG-SUS venha fundamentar um novo modelo de financiamento na atenção especializada, a construção de desse modelo não compõe o escopo do projeto DRG-SUS (peça 57, p. 2).

249. Já na Nota Informativa 129/2021, a CGSI apresenta comentários sobre a proposta de recomendação n. 3. Nela é dito que se considera pertinente e oportuna a formalização de um diagnóstico dos problemas e dificuldades relacionados às informações sobre custos na atenção especializada à saúde para apoiar o Projeto DRG-SUS e que o projeto conta com a expertise do Desid.

250. Nota-se que sobre a realização do diagnóstico sobre os problemas que justificam a elaboração de uma metodologia DRG, a CGSI afirma ter iniciado a realização do diagnóstico, enquanto sobre os aspectos relacionados a informação de custos, ela afirma apenas que considera pertinente e oportuna e ressalta a participação do Desid.

251. Cabe resgatar comentários apresentados pelo Desid sobre a proposta de recomendação de n. 3. Por ser uma recomendação relacionada também ao Projeto DRG-SUS, foi afirmado que cabe ao Drac, como coordenador das ações do projeto, a formalização de uma parceria que possibilitasse esse diagnóstico (peça 50, p.3).

252. O comentário do Desid sugere que a parceria no projeto ainda não foi devidamente formalizada. A partir da leitura de ambos os comentários, entende-se que não cabe ao Desid realizar esse diagnóstico de forma autônoma, dependendo, sim, de uma formalização e de uma coordenação por parte do Drac no Projeto DRG-SUS como um todo, inclusive no que tange aos aspectos relacionados a informações de custos. Por esse motivo, entende-se pertinente eliminar a proposta de encaminhamento de n. 3 e acrescentar à proposta de n. 2 os aspectos relacionados à informação de custos, uma vez que são requisitos do Projeto DRG-SUS e exigirão uma atuação integrada entre as áreas do Drac e Desid para sua concretização.

6. *Conclusão*

253. As principais conclusões deste plano de acompanhamento são:

a) o MS não monitora o desempenho dos hospitais que prestam serviços assistenciais de saúde ao SUS, embora tenha controle de forma sistematizada da produção de procedimentos produzidos por eles via sistemas SIA e SIH, não apresentando informações suficientes para avaliações sistematizadas que se proponham a avaliar eficiência do uso dos recursos de média e alta complexidade; e

b) o MS iniciou um processo que pretende reformar o modelo de financiamento da média e alta complexidade, alterando sua lógica remuneratória, centrada em produção de procedimentos, para um modelo que pretende remunerar o prestador, baseado em atendimentos por grupos de diagnósticos relacionados – DRGs, favorecendo uma remuneração baseado em valor ao paciente e alinhada com a complexidade do atendimento.

254. Em paralelo a isso, está em curso a formulação de uma iniciativa de controle de resultados de políticas públicas de saúde denominada PNMA-SUS, que pretende promover o acompanhamento contínuo e sistemático de políticas, programas, projetos, incluindo as metas pactuadas pelas instâncias de gestão do SUS, inclusive na atenção especializada.

255. Em período anterior à pandemia da Covid-19, foi iniciado um processo de revisão normativa relacionada à contratualização com hospitais e à PNHOSP. As atividades do grupo de trabalho foram suspensas com o agravamento da crise sanitária. Nada obstante, essa revisão tem potencial de delimitar com mais clareza o papel do MS na organização dos serviços da atenção especializada e melhorar substancialmente as atividades de controles de resultados a cargo do MS.

256. Nesse contexto desafiador, em que a realidade fiscal do país se choca com demandas crescentes sobre o SUS, decorrentes do rápido envelhecimento da população e de sua cobertura universal, integral e gratuita, este relatório de acompanhamento, cujo objetivo primordial é promover

eficiência e qualidade no uso dos recursos públicos da atenção especializada prestada por hospitais, definiu como objetos a serem acompanhados:

*a) o **processo de revisão normativa** do Ministério da Saúde no monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais do SUS;*

*b) o projeto de formulação do **modelo de financiamento com base na ferramenta** DRG-SUS, incluindo-se a cooperação Brasil-Dinamarca; e*

*c) **a formulação da** PNMA-SUS e suas implicações o sobre o desempenho dos hospitais.*

257. O propósito em acompanhar esses elementos é saber:

a) se o processo de revisão normativa é capaz de tornar claro o papel do MS sobre os serviços de saúde prestados por hospitais e definir um conjunto de atividades de monitoramento viáveis de serem executadas sistematicamente e úteis para a tomada de decisão;

b) se a formulação do DRG-SUS priorizou os principais problemas relacionados ao atual modelo de financiamento e à atual base de custos, compreendendo suas causas e efeitos, e se inseriu ações na agenda para corrigi-los no novo modelo, permitindo que se construa um parâmetro seguro no financiamento da atenção especializada, com base no projeto DRG-SUS;

c) se o processo de formulação da PNMA-SUS possui instrumentos para assegurar que as informações geradas por sua implementação serão úteis para a tomada de decisão dos gestores, especialmente no que tange a média e alta complexidade prestada por hospitais; e

d) se o processo de revisão normativa da contratualização de hospitais levará em conta a existência da PNMA-SUS e do MGDI, conectando as atividades de monitoramento previstas na norma com as ferramentas institucionalizadas pelo MS através da PNMA-SUS e do MGDI.

258. Atuando assim, a ação de controle do TCU será concomitante aos objetos fiscalizados e variáveis acompanhadas, permitindo intervenções colaborativas tempestivas, evitando-se retrabalhos e sendo capaz de alinhar as expectativas e objetivos dos gestores e da ação de controle promovida. Dessa forma, aumenta-se as chances da promoção de eficiência e qualidade na organização e no controle da atenção especializada, gerando valor ao usuário e otimizando o trabalho dos gestores.

7. *Propostas de encaminhamento*

259. Diante do exposto, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução TCU 315/2020, as seguintes medidas:

*a) à **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, em especial ao **Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências**, que no processo de revisão das normas referentes à contratualização de hospitais e à PNHOSP, siga o processo de avaliação de políticas públicas preconizado no documento "Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise Ex-Post" do Governo Federal, em especial a etapa de "análise de diagnóstico do problema";*

*b) à **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**, em especial ao **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**, que no projeto do DRG-SUS, seja formalizado um diagnóstico dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento, abrangendo inclusive aspectos relacionados às informações de custos, requisito necessário para elaboração de um modelo DRG, e, em seguida, constituído um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que contemple todas as inciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada, em alinhamento com o § único do art. 20 do Decreto-Lei 4.657/1942, art. 2º da Lei 9.784/1999, art. 27 do Decreto 9.191/2017 e art. 4º do Decreto 9.203/2017;*

*c) à **Secretaria Executiva** que promova junto às unidades hospitalares e institutos vinculados diretamente ao Ministério da Saúde, com fulcro no princípio constitucional da eficiência e da publicidade previstos no art. 37 da Constituição Federal, a efetiva adesão ao PNGC, com a finalidade*

de enriquecer a base de dados sobre custos, tão necessária para a gestão de desempenho e, especialmente, para o projeto DRG-SUS; e

*d) à **Secretaria Executiva**, em especial ao **Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS**, que para a formulação da PNMA-SUS, seja institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação, e identifique de forma clara a estratégia que será utilizada para que os gestores do SUS se apropriem das informações geradas a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão.*

*260. **Fazer constar, na ata da sessão** em que estes autos forem apreciados, nos termos do art. 8º da Resolução TCU 315, de 2020, comunicação do relator ao colegiado no sentido de:*

a) monitorar as recomendações contidas nos subitens do parágrafo 274 deste relatório;

b) aprovar o plano de acompanhamento apresentado no presente relatório;

c) autorizar a abertura de novo processo do tipo RACOM para a continuidade do acompanhamento; e

d) encerrar os presentes autos.

É o relatório.

VOTO

Trata-se de relatório de acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde (MS) sobre o monitoramento e a avaliação do desempenho da atenção especializada, com ênfase em unidades hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. A sistemática de organização dos hospitais que prestam serviços ao SUS se dá por meio da contratualização, nos moldes estabelecidos na Portaria GM/MS 3.390/2013 do Ministério da Saúde, a qual institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

3. Assim, toda unidade hospitalar que presta serviços assistenciais ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica, esfera administrativa, esfera de gestão, se público ou privado, com ou sem fins lucrativos, deve formalizar sua relação com o SUS por meio de contrato assinado com um gestor público (art. 29 da Portaria GM/MS 3.390/2013).

II

4. De acordo com o art. 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo a descentralização uma das suas diretrizes.

5. Nessa linha, a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece que:

"Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

...

X - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

...

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

...

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;"

6. Desta feita, cabe, em regra, aos entes subnacionais efetuar a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

7. Nesse contexto, a unidade técnica aponta que não é possível precisar os valores dos recursos federais destinados a custear esses hospitais, pois essa informação é gerida por cada ente federado ao apurar as produções dos hospitais e efetuar os pagamentos com os recursos de seus respectivos fundos de saúde, os quais recebem aportes federais, estaduais e/ou municipais.

8. Entretanto, verifica-se que o programa orçamentário "Atenção Especializada à Saúde" tem por objeto ações que se aproximam dos serviços de saúde prestados nos hospitais federais (prevista no Plano Plurianual 2020-2023, essa programação orçamentária possui dotação aproximada de R$ 79 bilhões por ano).

III

9. A remuneração dos hospitais pode ocorrer de duas formas.

10. A primeira é denominada orçamentação global, modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato (art. 15, inciso II, da Portaria GM/MS 3.410/2013). Essa modalidade de financiamento é usualmente aplicada a unidades hospitalares integrantes da Administração Pública.

11. A segunda é denominada orçamentação parcial, a qual é composta por um valor pré-fixado e outro pós-fixado (art. 15, inciso III, da Portaria GM/MS 3.410/2013)

12. A parte pré-fixada será repassada mensalmente da seguinte forma (art. 28 da Portaria):

I - 40% condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

13. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de alta complexidade, de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante (art. 18 da Portaria GM/MS 3.410/2013).

14. Constitui parte do contrato um documento descritivo em que serão definidas as metas físicas e as metas qualitativas (art. 26 da Portaria GM/MS 3.390/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

15. Independentemente da modalidade de orçamentação utilizada, o não atendimento das metas e dos compromissos implica a suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor do SUS (§3º do art. 28 da Portaria GM/MS 3.410/2013).

IV

16. A Portaria GM/MS 3.410/2013 estabelece que cabe ao Ministério da Saúde "*acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário*." (art. 4º, inciso IV).

17. Em que pese o disposto nessa norma, a unidade técnica apontou que "*não há, por parte do MS, a realização de uma atividade de monitoramento sistemática que se assemelhe ao estabelecido na Portaria.*"

18. É certo que não há elementos que sugiram ser viável e/ou pertinente ao Ministério da Saúde monitorar cada meta/compromisso contratualizado de cada hospital que preste serviços ao SUS. São milhares de unidades de saúde prestadoras de serviços de média e alta complexidade cujas contratações são de responsabilidade dos entes subnacionais.

19. Entretanto, seria possível ao Ministério da Saúde exercer um controle gerencial por meio de monitoramento de variáveis agregadas, o que não vem acontecendo.

20. Essa questão não é ignorada pelos gestores federais da área da saúde, no bojo da elaboração da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde e da revisão de normas referentes à Política Nacional de Atenção Hospitalar.

21. Assim, acompanho as propostas efetuadas pela unidade técnica para que a matéria seja objeto de ulterior acompanhamento por parte desta Corte de Contas, bem como concordo com que sejam efetuadas as recomendações contendo procedimentos a serem efetuados com o intuito de contribuir para a efetividade dos trabalhos.

V

22. Consoante apontado pela unidade técnica, o modelo de financiamento atual dos hospitais contratualizados está centrado na produção de serviços.

23. Assim, criam-se incentivos econômicos para procedimentos de alto valor, geralmente os de alta complexidade, em detrimento daqueles cujo valor pago não é tão elevado, gerando desequilíbrio no sistema.

24. Este fato está evidenciado para o caso oncológico demonstrado na auditoria sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, referente ao acesso a serviços de diagnóstico (Acórdão 1.944/2019- Plenário). Naquele trabalho, ficou registrado que, em geral, os exames de maior valor financeiro apresentaram melhor índice de execução (em relação aos parâmetros de exames por habitantes estabelecidos na Portaria GM/MS 1.631/2015) do que aqueles de menor valor.

25. Outra característica das regras de financiamento atual é que a remuneração é efetuada por procedimentos independentemente das caraterísticas e necessidades do paciente. Por exemplo, a remuneração de determinado procedimento, tratamento de pneumonia, por exemplo, é uniforme quer o paciente seja um adulto jovem sem comorbidade, quer seja um idoso com inúmeras comorbidades.

26. Por certo, o paciente com comorbidades demandará maiores exames, maior utilização de medicamentos e equipamentos e maior atenção em recursos humanos. Entretanto, a unidade hospitalar é remunerada da mesma forma em relação ao paciente que não utilize esses insumos de forma tão intensiva.

27. São pertinentes, pois, a seguintes considerações da unidade técnica: "o *modelo atual não considera o quadro geral do paciente, suas comorbidades e características importantes, como sua idade, podendo provocar, ainda segundo LA FORGIA & COUTTOLENC (2009), uma 'seleção adversa' do paciente por parte do prestador, que escolhe atender os casos mais simples para serem tratados. Isto é, os casos em que seu custo de atendimento será menor, dada uma remuneração definida por procedimentos que teria de executar em ambos os pacientes."* (grifou-se).

26. Ciente dessa questão, o Ministério da Saúde está implementando estudos para que o modelo de financiamento das ações de saúde no SUS ocorra com base em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG).

27. Por esse modelo, a referência principal de financiamento seria não mais o procedimento a ser realizado, mas sim o diagnóstico do paciente, incluindo-se suas comorbidades e características pessoais, tais como sexo e idade. Assim, seria possível considerar a complexidade do caso, mesmo que os pacientes tenham diagnósticos principais similares.

28. Assim, tal qual exposto no relatório que antecede este voto, *"o consumo dos recursos assistenciais dependerá do quadro completo de saúde de cada indivíduo. Dessa forma, a remuneração poderá ser mais justa para o prestador de serviços."*

29. Dada a importância do tema, acolho a proposta da unidade para que acompanhe a implantação desse modelo.

30. Outrossim, destaco que uma adequada estrutura de custos é fundamental para a utilização da nova metodologia. Para tanto, a implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) pelo Ministério da Saúde é de fundamental importância, pois, mediante informações fornecidas pelos prestadores de serviços do SUS, será possível calcular os custos de serviços de saúde por meio de diferentes indicadores.

31. Diante da baixa adesão das unidades hospitalares ao programa (somente 234 unidades), o que compromete a fidedignidade da base de dados, entendo pertinentes as propostas de recomendações para que sejam envidados esforços para ser efetuado um adequado levantamento de custos.

VI

32. Diante do exposto, acolho o parecer da unidade técnica e voto por que o Tribunal adote o acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

BENJAMIN ZYMLER
Relator

ACÓRDÃO Nº 2428/2021 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 039.551/2020-2.
2. Grupo I – Classe de Assunto: VII – Relatório de Acompanhamento
3. Interessados/Responsáveis:
3.1. Interessado: Ministério da Saúde
4. Órgão/Entidade: Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório de acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde (MS) sobre o monitoramento e a avaliação do desempenho da atenção especializada, com ênfase em unidades hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator,

9.1. recomendar, com fundamento no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU:

9.1.1. à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, em especial ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências, que, no processo de revisão das normas referentes à contratualização de hospitais e à Política Nacional de Atenção Hospitalar, siga o processo de avaliação de políticas públicas preconizado no documento "Avaliação de Políticas Públicas - Guia Prático de Análise **Ex-Post**" do Governo Federal, em especial a etapa de "análise de diagnóstico do problema";

9.1.2. à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, em especial ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, que no projeto do Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), seja formalizada uma análise dos problemas relacionados ao atual modelo de financiamento, abrangendo inclusive aspectos relacionados às informações de custos, constituindo um plano de ação amplo para institucionalização de uma agenda que contemple todas as iniciativas relevantes que afetam a construção de um novo modelo de financiamento da atenção especializada;

9.1.3. à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que envide esforços para que as unidades hospitalares prestadoras de serviços no âmbito do Sistema Único adiram ao Programa Nacional de Gestão de Custo;

9.1.4. à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em especial ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, que, para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, seja institucionalizada uma agenda concreta e coerente com os problemas identificados nos modelos anteriores, com prazos estabelecidos e responsáveis por cada ação, e identifique, de forma clara, a estratégia que será utilizada para que os gestores do SUS se apropriem das informações geradas a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão;

9.1.5. autorizar a abertura de novo processo para acompanhar as ações por parte do Ministério da Saúde relacionadas ao objeto dos presentes autos e às recomendações antes mencionadas;

9.1.6. arquivar os presentes autos.

10. Ata n° 39/2021 – Plenário.
11. Data da Sessão: 6/10/2021 – Telepresencial.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-2428-39/21-P.

13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Ana Arraes (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler (Relator), Augusto Nardes, Aroldo Cedraz, Raimundo Carreiro, Bruno Dantas, Vital do Rêgo e Jorge Oliveira.
13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
ANA ARRAES
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

RELATÓRIO AUDITORIA PILOTO HFL EFICIÊNCIA HOSPITALAR

GRUPO I – CLASSE V – Plenário
TC 015.144/2021-6.
Natureza: Auditoria.
Interessado: Tribunal de Contas da União.
Entidade: Hospital Federal da Lagoa.
Representação legal: não há.

SUMÁRIO: AUDITORIA OPERACIONAL. IDENTIFICAÇÃO DE POSSIBILIDADES DE MELHORIA NA EFICIÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA. ESCASSEZ DE PESSOAL, SOBRETUDO DE ENFERMEIROS. LEITOS IMPEDIDOS DE USO. TEMPO ELEVADO DE INTERNAÇÃO. ALTA TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS. PERFIL ASSISTENCIAL AFASTADO DAS NECESSIDADES DO PÚBLICO REFERENCIADO. RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

Trata-se de auditoria de natureza operacional realizada com o objetivo de identificar possibilidades de melhoria na eficiência do atendimento prestado pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL).

2. A seguir, transcrevo o relatório da fiscalização:

"(...)

1. Introdução

1. Trata-se de relatório de auditoria que visa analisar a eficiência do Hospital Federal da Lagoa, com foco em identificação de eventuais desperdícios de recursos, bem como testar e validar a minuta do documento Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares elaborada no âmbito do Relatório de Levantamento de Eficiência em Unidades Hospitalares Públicas (TC 015.993/2019-1). A fiscalização foi autorizada por meio de Despacho do Ministro Vital do Rêgo, datado de 20/5/2021, proferido nos autos do processo administrativo 012.921/2021-1 (peça 6).

Problema

2. Indícios de insustentabilidade do SUS indicados pelo Tribunal de Contas da União (TC 014.791/2019-6, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler) e elevados índices de ineficiência no sistema apontados pelo Banco Mundial (*in* Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017) são os problemas que levaram a Secretaria de Controle Externo da Saúde a configurar como um dos seus objetivos estratégicos "fomentar o aperfeiçoamento da gestão dos órgãos e entidades da área da saúde com foco na eficiência e qualidade dos serviços prestados".

3. Segundo modelo de Análise Envoltória de Dados (***Data Envelopment Analysis*** - *DEA*) concebido pelo Banco Mundial - BM, haveria 71% de ineficiência média nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS. O TCU desenvolveu análise similar utilizando uma base de dados diferente da que foi utilizada pelo BM, introduziu modificações nas variáveis, mas encontrou resultados parecidos, reforçando os indícios de baixo desempenho nos hospitais do SUS (peça 50 do TC 015.993/2019-1).

4. Diante desse contexto, percebe-se a necessidade de compreender com mais detalhes as causas desse potencial desperdício nessas unidades, uma vez que a perspectiva inicial do problema foi de uma visão geral. Assim, por meio de auditorias, pretende-se compreender quais são as grandes fontes de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que podem ser replicadas no país. Assim, diante de um maior amadurecimento sobre o problema espera-se trazer elementos mais consistentes para que os tomadores de decisão possam transformar a realidade em prol dos pacientes e do contribuinte.
5. A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e os seus resultados possam ser consolidados, está sendo testado um referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos. Este documento (peça 98) tem como base a identificação dos principais riscos à entrega de valor para o usuário dos serviços.
6. O conceito de valor que utilizaremos neste trabalho é o utilizado por Michael Porter (2010), o qual remete a ideia de entrega dos melhores resultados assistenciais pelo menor custo possível. Segundo o ***Institute for Healthcare Improvement*** – *IHI*, o inverso de valor é desperdício.
7. O Hospital Federal da Lagoa foi selecionado pela unidade técnica (SecexSaúde) para ser objeto do teste piloto a fim de verificar a pertinência dos parâmetros estabelecidos no mencionado referencial. O TC 036.007/2020-0 apresenta a produção de conhecimento que fundamentou a escolha da mencionada unidade para execução desta auditoria piloto.

Metodologia

8. A base metodológica utilizada neste trabalho é a versão 2 da minuta de referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos.
9. Em breves palavras, são levantadas informações para construir a visão geral detalhada sobre o hospital, inclusive compreendendo suas relações com o ambiente externo. Neste processo parte-se dos aspectos mais gerais para os mais específicos, levantando-se os principais riscos para entrega de valor para os usuários dos serviços e para o contribuinte. Mais informações sobre a metodologia empregada neste trabalho estão na peça 118 do processo TC 015.144/2021-6.

Questões de auditoria

10. As questões de auditoria elaboradas foram decorrentes do processo mencionado no parágrafo anterior, dando origem à matriz de planejamento (peça 42).
11. As questões abordadas neste trabalho foram as seguintes:

Questão 1: O modelo de recrutamento de pessoal e seu correspondente quadro no HFL, no período de 2019 a 2021, gera algum prejuízo ao referido hospital, considerando o princípio constitucional da eficiência (art. 37 da CF)?

Questão 2: O processo de entrada de pacientes no HFL no ano de 2021 atende às necessidades do seu público-alvo, em sintonia com a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria de Consolidação nº 2, anexo 26, capítulo 1)?

Questão 3: O fluxo de atendimento dos pacientes clínicos no HFL, nos anos de 2019 a 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Questão 4: A taxa de suspensão de cirurgias no HFL, no período de abril de 2021 a agosto de 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Limitações

12. Por se tratar do primeiro trabalho em hospital realizado pela equipe, utilizando-se o aludido referencial, pode-se mencionar que os auditores estão em processo de amadurecimento no tema.
13. No entanto, para mitigar o risco de auditoria, foi feita uma parceria com o Seção de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Seaud-RJ) a fim de viabilizar a participação da auditora Jaldeci Leite Silva como membro especialista da equipe. Além disso, a equipe teve o apoio e supervisão metodológica da Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o Controle Externo e o Combate à Corrupção (SOMA) / TCU, por meio do Diretor Antonio França da Costa.
14. Cabe mencionar, também, a parceria com o Dr. Welfane Cordeiro Júnior, médico intensivista e ex-coordenador do Projeto Lean nas Emergências, que ministrou um curso sobre gestão e eficiência hospitalar durante todo o período da auditoria e prestou suporte técnico à equipe.
15. Uma limitação importante para esse trabalho é o fato de ela ter sido realizada no ambiente virtual em virtude das medidas de segurança sanitária adotadas em reação à pandemia ocasionada pelo Covid-19.

2. Visão Geral

Aspectos gerais de sua história

16. De acordo com os dados históricos compulsados pela equipe de auditoria, em 1952 o grupo Sul América Seguros iniciou a construção do hospital para atender seus funcionários. O hospital foi concluído em 1958. À época, foram contratados os arquitetos Oscar Niemeyer, Hélio Uchôa, o paisagista Roberto Burle Marx e o artista Athos Bulcão para conceberem a estrutura.

17. Ao longo do tempo, o hospital chegou a ser destinado/denominado como hospital dos bancários. Em 1967, a unidade passou a pertencer ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a integrar o Governo Federal. A estrutura do hospital é tombada como patrimônio cultural.

18. Desde pelo menos a década de 1970, o hospital atende (quase) todas as especialidades. Sempre teve um perfil cirúrgico de média e de alta complexidade. Desse período até a atualidade, o hospital perdeu algumas especialidades por remanejamentos de equipes com outros hospitais do Rio de Janeiro. O primeiro ano que o hospital passou a receber residentes foi provavelmente em 1972.

19. Para o Dr. Vasco Lauria, ex-Diretor do HFL, a pior fase do hospital foi durante o período em que ele foi "municipalizado", que ocorreu ao final dos anos 90 e permaneceu assim até 2005. Das doze salas cirúrgicas presentes na estrutura, chegou-se a se ter apenas quatro em operação. Algo semelhante ocorreu também com os leitos de UTI, que foram drasticamente reduzidos. No processo de "re-federalização", o hospital teve o INCA (Instituto Nacional de Câncer) como patrono. Depois criou-se o DGH (Departamento de Gestão Hospitalar), que foi sucedido pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), devido ao pertencimento direto à estrutura do Ministério da Saúde e sua orçamentação direta na LOA (Lei Orçamentária Anual).

20. Atualmente, o HFL se mantém como um hospital de média e alta complexidade de porta fechada. Durante a pandemia do Covid-19, a unidade foi posta como "hospital de retaguarda". Um andar inteiro foi posto à disposição de internações de Covid e isso só foi possível devido a um acordo com a Rede D'Or, para fornecimento de recursos humanos complementares.

Figura 1 – evolução histórica da fachada do hospital.

Fonte: apresentação do setor de planejamento e gestão da qualidade do HFL.

Estrutura e serviços do HFL (capacidade)

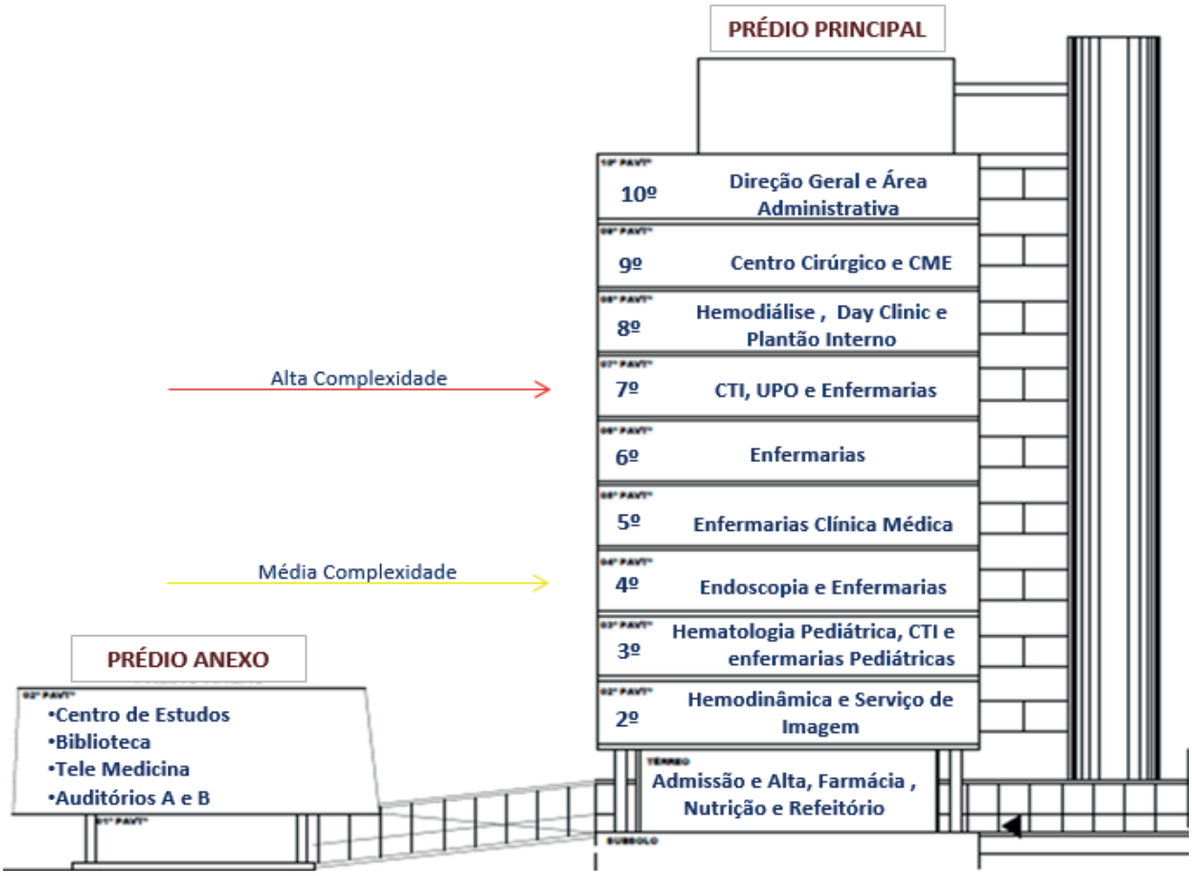
21. Trata-se de um hospital geral de porte médio e natureza pública que faz parte da administração direta da União, pois é um órgão do Ministério da Saúde. Presta serviços de média e alta complexidade, com capacidade para até 249 leitos voltados, especialmente, para atendimento cirúrgico em várias especialidades. Apesar disso, possui atendimento clínico, com destaques para o tratamento oncológico, inclusive pediátrico.

22. Tem em seu complexo (figura 2), um pequeno prédio ambulatorial de dois andares e um subsolo voltado, especialmente, para consultas e exames. Porém, sua maior estrutura é um prédio de dez andares, onde localizam-se as enfermarias, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva.

23. Tem atividade de ensino. O HFL possui prédio para moradia de residentes, chamada coloquialmente de "prediozinho" da rua Faro. Quase todas as especialidades recebem residentes e são credenciadas a cada cinco anos ao Ministério da Educação (MEC). As residências não têm vinculação a nenhuma universidade específica.

24. O detalhamento de toda a estrutura do hospital pode ser acessado na peça 55 (planilha 2.4).

Figura 2 – Esquema sobre a estrutura do HFL.



Fonte: equipe gerencial do HFL.

Estratégia e aspectos relacionados ao HFL na rede de atenção

25. A liderança do hospital menciona uma histórica vocação do HFL na prestação de serviços cirúrgicos. No entanto, ao analisar o histórico mais recente de produção do hospital (peça 27), percebe-se que não há uma especialização nos serviços prestados pelo hospital. Mesmo na área cirúrgica, há uma ampla diversidade de especialidades.

26. O mapa estratégico do hospital (peça 15) também não aponta um caminho específico de atuação, indicando como missão proporcionar atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade. Esse é um indicativo de que não se sabe qual o problema se pretende resolver. Não fica claro qual é o objetivo do hospital na rede assistencial. Essa ausência de definição do perfil assistencial dos hospitais federais foi destacada no item 9.1.1 do Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, sob relatoria do Ministro Bruno Dantas. No capítulo 3.2 deste relatório, serão adicionadas mais informações a esse respeito, especialmente os efeitos que essa indefinição de papel na rede traz no atendimento à demanda dos complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro/RJ.

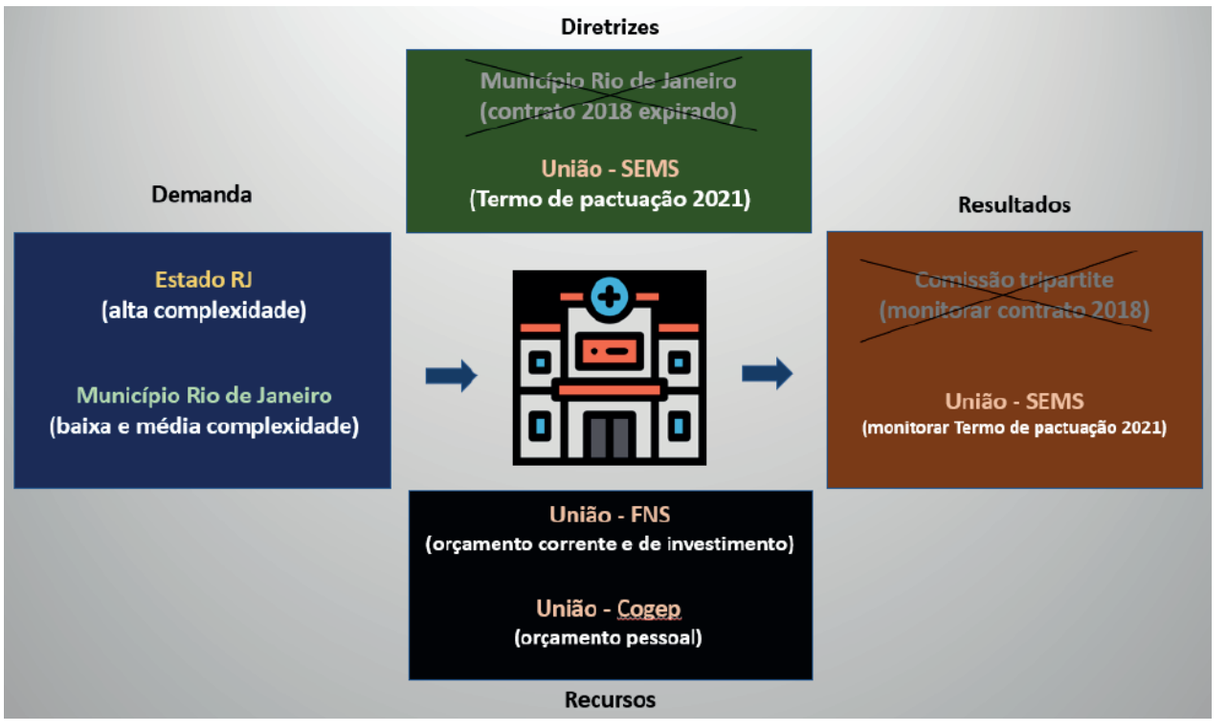
27. Para a equipe do Proadi-SUS essa vocação deveria ser configurada de acordo com a demanda da rede de atenção. Os especialistas asseveraram que falta uma definição clara sobre o papel de cada hospital federal no estado do Rio de Janeiro.

Estrutura de governança do HFL

28. Inspirado pelo Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU, pode-se conceber governança como a aplicação de práticas de liderança, de estratégia e de controle, que permitem aos mandatários de uma organização pública e às partes nela interessadas avaliar sua situação e demandas, direcionar a sua atuação e monitorar o seu funcionamento, de modo a aumentar as chances de entrega de bons resultados aos cidadãos, os quais são os verdadeiros titulares dos recursos empregados.

29. Conforme mencionado acima, não se identificou na estratégia do HFL objetivos claros para sua atuação. Diante disso, há um desafio relevante para que os atores envolvidos possam direcionar as ações e monitorar seus resultados. O público-alvo do hospital é a população do estado do Rio de Janeiro, especialmente sua capital. Logo, as diretrizes deveriam atender as necessidades epidemiológicas desta região. No entanto, o vínculo do hospital é com a União, que atualmente exerce o direcionamento para suas ações, mas não tem um mecanismo sistemático para avaliação.
30. Abaixo segue um esquema resumido da estrutura que envolve o processo de governança do hospital.

Figura 3 - Estrutura de governança que envolve o HFL.



Fonte: elaboração própria, por parte da equipe de auditoria, com base nos documentos e informações fornecidas pelo HFL, SEMS/RJ, Cogep/MS, complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro.

31. Percebe-se que não se tem a identificação de uma liderança única, gerando um aparente conflito de competências entre os entes. Esse fato será mais bem explorado no capítulo 3.2 sobre as entradas da demanda no HFL.
32. Internamente, o hospital se organiza conforme o esquema inserido no Anexo 1 deste relatório. Além da estrutura de assessoramento à direção do hospital, destacam-se no organograma as duas coordenações: administrativa e assistencial. Sob a perspectiva externa, verificou-se que a União é responsável por suprir os recursos correntes e de investimento para o funcionamento do hospital por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Também está na esfera federal os recursos para área de pessoal, processados pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas – Cogep/MS.
33. A Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – SEMS/RJ também tem potencial participação na função gerencial perante o HFL. Está em vigência um termo de pactuação de metas dessa Superintendência com o HFL (peça 19). Apesar de a SEMS/RJ mencionar que tem recebido os indicadores do HFL, afirmou que não atua gerencialmente sobre eles ainda (peça 39 – extratos).
34. Em que pese essa atuação gerencial da SEMS/RJ, o hospital tem uma relação funcional mais próxima do município do Rio de Janeiro, o qual é o responsável por boa parte da regulação do acesso às vagas dos serviços prestados pelo HFL. De acordo com o contrato de 2018 (com vigência expirada) e o esboçado em 2020, mas não assinado, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ (peças 95 e 18), seria competência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de

Janeiro/RJ – SMS/RJ identificar os problemas e definir as prioridades no âmbito municipal, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde sob gestão municipal e monitorar o aproveitamento das vagas oferecidas pela unidade federal para consultas de primeira vez, tomando medidas, quando for o caso, para redução do absenteísmo e da ociosidade de modo que ocorra o seu melhor aproveitamento possível.

35. O estado também se relaciona funcionalmente com o hospital, regulando as vagas referentes a algumas especialidades.

36. No âmbito dos contatos de 2018 e 2020 mencionados acima, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, existia a previsão de uma comissão de acompanhamento tripartite que seria prevista em ato normativo do Ministério da Saúde e instituída pelo gestor local, que deveria se reunir, no mínimo, trimestralmente. Caberia a esta comissão avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas descritas nesses contratos, avaliar a compatibilidade da produção assistencial com a capacidade instalada e adequar as metas pactuadas e outras adequações que se fizerem necessárias. No entanto, essa comissão não foi instituída pelo Ministério da Saúde.

Orçamento e incentivos

37. O Hospital Federal da Lagoa possui, na prática, duas grandes fontes de recursos. A primeira é o orçamento diretamente gerido pelo HFL, previsto na lei orçamentária anual (LOA) de cada exercício. Já a segunda fonte são os recursos destinados a pagamento de pessoal do hospital, os quais são custeados pelo orçamento de pessoal do Ministério da Saúde, gerida pela Coordenação-Geral de Pessoal (Cogep) do Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Recursos destinados ao HFL.

Exercício	Recursos próprios[1]	Recursos de pessoal[2]	Total
2021*	R$ 59.559.998,00	R$ 95.555.517,46	R$ 155.115.515,46
2020	R$ 84.001.941,24	R$ 171.002.579,50	R$ 255.004.520,74
2019	R$ 80.191.195,67	R$ 175.599.971,70	R$ 255.791.167,37
2018	R$ 72.449.689,42	R$ 172.089.117,16	R$ 244.538.806,58
2017	R$ 68.652.765,45	R$ 161.089.380,02	R$ 229.742.145,47
2016	R$ 73.401.999,72	R$ 137.143.052,42	R$ 210.545.052,14

*Até 30 de junho (1º semestre)

[1]**Fonte**: Tesouro Gerencial, disponibilizado pelo HFL, provisão orçamentária recebida.

[2]**Fonte**: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

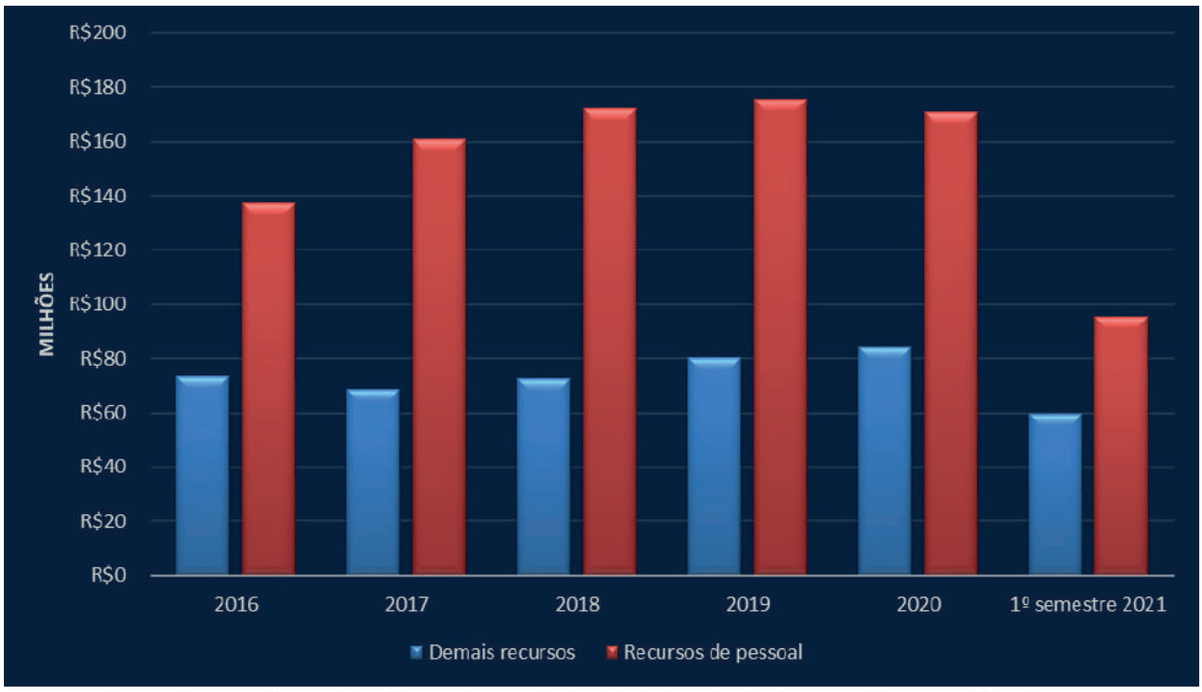
38. Embora os recursos destinados ao custeio de pessoal não seja uma fonte de recursos gerido diretamente pelo hospital, convém considerar também esse recurso na análise, pois é um recurso indispensável à operação da unidade hospitalar e de maior materialidade.

39. Os valores do orçamento próprio apresentados no quadro anterior correspondem à descentralização orçamentária propriamente dita para a unidade gestora do HFL. A despesa com pessoal, por sua vez, foi extraída do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), visto que a execução da despesa com pessoal ocorre de forma consolidada no Ministério da Saúde, não sendo possível extrações isoladas do HFL nas bases do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi). Dessa forma, dada essa limitação da disponibilidade da informação, os valores dos recursos geridos pelo hospital e os recursos destinados a salários não correspondem à mesma etapa da execução da despesa.

40. Os valores com despesas de pessoal apresentados no quadro supramencionado se referem a despesas custeados exclusivamente com recursos federais, incluindo servidores aposentados e pensionistas, não abrangendo as despesas com eventuais servidores estaduais ou municipais cedidos ao HFL.

41. Nada obstante, as despesas de pessoal apresentadas incluem servidores do HFL cedidos a outros órgãos, além de incluir salários com contratações temporárias.

Figura 4 - Recursos de pessoal total x demais recursos – HFL.

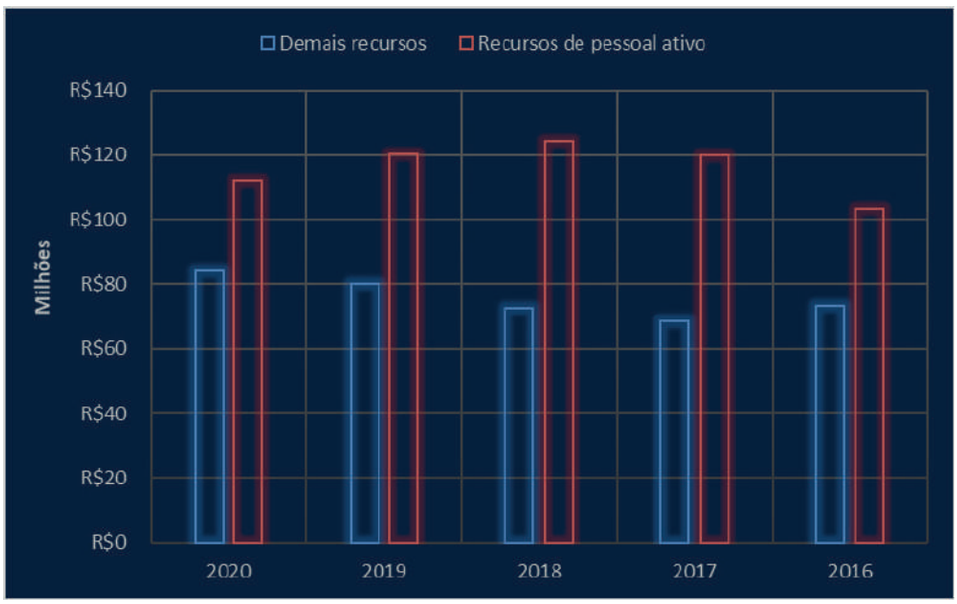


Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

42. A Figura 4 ilustra a materialidade e a relevância das despesas de pessoal da unidade em seu orçamento como um todo, correspondendo a aproximadamente dois terços de todos os recursos federais destinados a custear o HFL. Vale dizer, para cada R$ 1,00 gasto com despesas que não sejam relacionadas à folha de pagamento, R$ 2,00 são gastos com salários/aposentadorias/pensões e seus respectivos encargos.

43. Ao considerar apenas as despesas com pessoal ativo do hospital, o montante gasto com salários e encargos superam todas as demais despesas somadas. Os montantes estão plotados na figura a seguir:

Figura 5 - Recursos de pessoal ativo x demais recursos – HFL.



Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

44. A consistente aproximação das colunas ilustra os efeitos da não reposição de pessoal na composição da despesa, que reduz a diferença de ambos os montantes.
45. É apresentado a seguir um detalhamento das despesas de pessoal do HFL. Também é notável o reflexo da não reposição de pessoal com um crescimento consistente das despesas com aposentados e uma redução constante das despesas com pessoal efetivo ao longo dos anos.

Quadro 2 – Recursos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021 (R$)	2020 (R$)	2019 (R$)	2018 (R$)	2017 (R$)	2016 (R$)
Ativo permanente	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00
Car. Comissão	72.256,70	194.891,95	123.783,57	198.829,15	151.320,39	358.701,00
Contr. temporário	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Ativ. outro órgão	31.636,82	68.040,63	54.892,12	106.205,36	0,00	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22
Cedido	642.173,35	1.282.387,97	1.272.201,37	1.428.002,16	1.640.953,32	1.503.852,45
TOTAL	**95.555.517,46**	**171.002.579,50**	**175.599.971,70**	**172.089.117,16**	**161.089.380,02**	**137.143.052,42**

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

46. Conhecendo o orçamento da unidade, buscou-se levantar o total de saídas hospitalares (altas + óbitos) anuais, a fim de comparar os recursos alocados no HFL por saída hospitalar. Porém, após apreciação de versão preliminar deste relatório, os gestores do HFL esclareceram que o número de saídas hospitalares informado pelo próprio hospital não era condizente com o total de internações registradas
anualmente. O motivo alegado é que as saídas de pacientes com alta no mesmo dia da internação (paciente hospital dia) não são contabilizadas no e-SUS ***report***, sistema usado para gerar a informação de altas (peça 120).
47. A direção do hospital, em alternativa ao número de saídas hospitalares, informou também o total de internações em 2019 e 2018, que totalizaram 10.924 e 10.070 internações, respectivamente. Há uma diferença de 3.598 e 3.446 internações a mais do que saídas hospitalares, quantidade muito superior ao número de leitos do HFL, o que comprova a inconsistência dos dados de saídas originalmente informados (peça 120, 121 e 122).

Quadro 3 – Saídas hospitalares x internações.

Exercício	Saídas Totais	Internações Totais	Diferença
2020	4852	Não informado	#
2019	7326	10.924	-3.598
2018	6624	10.070	-3.446
2017	6962	Não informado	#
2016	7020	Não informado	#

Fonte: Hospital Federal da Lagoa, 1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 120 e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 121 e 122).

48. Apesar dessa limitação, é possível apurar a relação de receita alocada no HFL por internações para os exercícios de 2018 e 2019.

Quadro 4 – Receita por internação.

Exercício	Orçamento Próprio (a)	Pessoal Ativo (b)	Receita Total (a+b)	Internações Totais	Receita por internação
2019	R$ 80.191.195,67	R$ 120.326.033,63	R$ 200.517.229,30	10.924	**R$ 18.355,66**
2018	R$ 72.449.689,42	R$ 124.367.328,86	R$ 196.817.018,28	10.070	**R$ 19.544,89**

Fonte: (i) Tesouro Gerencial, (ii) Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) e (iii) Hospital Federal da Lagoa (1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS) peça 120.

3. Achados de auditoria
Capítulo 3.1 - Desafios do HFL na área de pessoal

49. O HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em relação ao seu perfil de qualificação, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital, principalmente por carência de enfermeiros (nível superior e médio) e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal utilizado para manter a força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada.

Descrição da situação encontrada

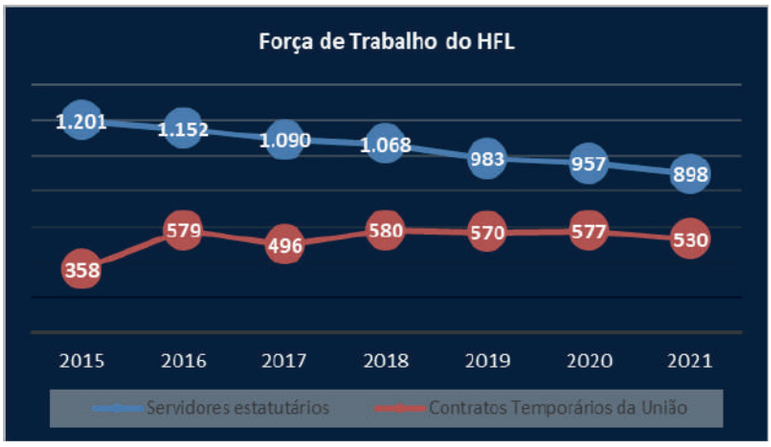
Critério

50. Os principais critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada foram: Resolução Conselho Federal de Enfermagem - Cofen 543/2017 - Dimensionamento de enfermagem; Lei 8.745/1993 (Lei do CTU), especialmente os dispositivos que ressaltam a vigência limitada do contrato e as circunstâncias em que esse regime de recrutamento deve ser aplicado; Lei 8.112/1990; arts. 13 e 14, da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa 7/2010 - Requisitos mínimos para funcionamento de UTI.

Reposição do quadro de servidores, por meio de temporários, aquém do número de aposentadoria nos últimos cinco anos.

51. Ao cotejar os relatórios de gestão produzidos pelo HFL de 2015 a 2019 e as documentações encaminhadas pela instituição, verificou-se um constante ritmo das aposentadorias dos servidores estatutários em contraposição a uma manutenção do quantitativo de Contratos Temporários da União - CTUs desde 2016, com a diminuição deste tipo de contratação nesse ano. Assim, constata-se que ao longo dos últimos cinco anos não está ocorrendo a devida reposição dos servidores estatutários. O gráfico 1 abaixo retrata a situação.

Gráfico 1 – Evolução histórica da força de trabalho do HFL.



Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e resposta aos Ofício Fiscalis 107/2021 – 1.

52. Para reforçar os dados acima, observa-se o quadro abaixo com o detalhamento das despesas de pessoal do HFL atinentes aos principais vínculos, no qual fica evidenciado o crescimento dos gastos com os aposentados, com aumento de 72% no comparativo entre 2016 e 2020. Nessa linha, os gastos com pensionistas aumentaram 260% no mesmo comparativo. Em contraposição, houve uma queda de
20% dos gastos com servidores estatutários do HFL. Já os gastos com os CTUs mantiveram-se, basicamente, constante entre os anos de 2018 e 2020.

Quadro 5 – Gastos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021 (R$)	2020 (R$)	2019 (R$)	2018 (R$)	2017 (R$)	2016 (R$)
Estatutário HFL	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00

Contr. Tempor.	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

53. A equipe de fiscalização realizou diversas entrevistas com as chefias de vários setores do HFL e, todos foram uníssonos sobre a carência de pessoal, principalmente no quadro de enfermagem (nível superior e nível médio) e algumas especialidades médicas, notadamente anestesistas. Assim, a equipe requisitou à instituição que discriminasse o quantitativo necessário de profissionais para atender plenamente a capacidade da instituição e que será encaminhada ao MS no próximo certame. No quadro abaixo, serão destacadas apenas as carências de enfermeiros e de anestesistas, como exemplos.

Quadro 6 - Necessidades de pessoal em especialidades relevantes, sob a perspectiva do HFL.

Categoria	Servidor + Cedidos + FS	CTU	Total existente	Aposentáveis (1)	Abono (2)	Total existente (1+2)	Necessidade
Médico – Anestesiologia	22	14	**36**	1	3	32	**20**
Auxiliar/Tec. de Enferm.	359	92	**462**	53	27	382	**197**
Tec. de enferm. (instr. cir.)	0	0	**0**	0	0	0	**33**
Enfermeiro	70	111	**183**	15	15	153	**50**

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.1, alíneas "a" e "b".

54. Com base especialmente na resposta à requisição da equipe de auditoria e na análise dos extratos de entrevistas, serão destacadas a seguir algumas constatações.

55. Em primeiro lugar, vale ressaltar o grande déficit no quadro de enfermagem, tanto de nível médio quanto de nível superior, que representam juntos aproximadamente 50% das vagas que o hospital pretende solicitar ao MS. Convém mencionar que para o cálculo do quadro necessário de enfermagem, o hospital utilizou a Resolução Cofen 543/2017, que estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo das diferentes categorias de enfermagem. Já as especialidades médicas que necessitam ao todo de 149 profissionais, as que mais carecem, nessa ordem, são: anestesiologia (20), clínica médica (18), intensivista (18) e radiologia (11).

56. Os gestores do HFL apontam a necessidade de acréscimo de 613 novos funcionários em 92 categorias profissionais para o pleno funcionamento de todas as instalações da instituição, número muito superior ao solicitado pela instituição em 2018 (151) e 2019 (368). Para esse cálculo, o HFL excluiu do quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento, os profissionais que estão recebendo abono permanência e os aptos a se aposentarem nos próximos cinco anos, o que poderá levar a excesso de pessoal na instituição, se no próximo certame as necessidades estabelecidas forem todas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS) com aval do Ministério da Economia (ME), tendo em vista que os servidores que recebem abono não se aposentarão de imediato e em período único, bem como os outros servidores só preencherão os requisitos da aposentadoria ao longo de cinco anos.

57. Depreende-se, também, que o hospital apontou a necessidade de 46 novas categorias profissionais (totalizando 155 contratos) que não compõem o atual quadro funcional, tais como: técnico em
instrumentação cirúrgica; farmacêutico-oncologia; enfermeiro (hemoterapia e neonatologia); nefrologista transplante, entre outros. Sobre isso, vale mencionar que a contratação de profissionais especialistas em determinadas áreas pode suprir a deficiência, relatada pelos gestores, de profissionais pouco preparados para o porte do HFL, que atende média e alta complexidade, é eminentemente cirúrgico e forte no tratamento oncológico. Entretanto, em linha com o entendimento da equipe do Proadi-SUS (consultoria Lean nas Emergências, em agosto de 2020), a

grande variedade de especialidades, especialmente da área médica, pode gerar ineficiência e pouca especialização da instituição, pois não há ganho de escala e aumenta-se o risco para paciente, pois o hospital acaba pulverizando procedimentos, mas em pouca quantidade.

58. Diante do exposto, em que pese alguns apontamentos supramencionados, ficou evidenciado que a reposição dos servidores aposentados, por meio de temporários, está aquém das necessidades da instituição, cada vez mais demandada pela rede de atenção à saúde, como será evidenciado no capítulo 3.2 deste relatório.

Aposentadorias e os problemas decorrentes do envelhecimento do quadro de pessoal

59. A equipe de fiscalização identificou como uma das causas para insuficiência de pessoal frente à estrutura da instituição, o envelhecimento do quadro de servidores estatutários do HFL e os seus efeitos, tais como aposentadorias e afastamentos médicos.

60. Ressalta-se que, em 2005, ocorreu o último concurso realizado pelo Ministério da Saúde (MS) para provimento de cargos nos Hospitais Federais e Institutos do Rio de janeiro/RJ, tendo a posse da maioria dos aprovados ocorridas até 2010. Desde então, para suprir as necessidades dessas instituições, o MS tem se socorrido de CTUs. Assim, os últimos servidores estatutários já têm no mínimo dez anos de serviço.

61. Em entrevista com a chefe do Setor de Enfermagem do HFL, foi relatado que a equipe de enfermagem estaria envelhecendo com muitas comorbidades, principalmente as de natureza ortopédica e psiquiátrica, ultimamente em razão da pandemia. Com base em documentos requisitados na auditoria, constatou-se que 101 servidores estão recebendo abono permanência, ou seja, já preencheram os requisitos de aposentaria, e que a saída de todos os servidores representaria um decréscimo de 11,24% dos atuais estatutários. Nessa linha, verificou-se que 115 servidores são elegíveis a aposentadoria nos próximos cinco anos, mediante o cumprimento dos requisitos de tempo e idade, o que representaria um decréscimo de 12,80% dos atuais estatutários, e que somados ocorrerá uma perda de 24% nos próximos anos.

62. Com efeito, algumas categorias sofrem mais com tais eventos (aposentadorias e envelhecimento). Os médicos, por exemplo, possuem 27,31% do quadro de estatutários nesta situação, os enfermeiros (NS) 41,67% e os auxiliares de enfermagem (NM) 21,50%. O quadro abaixo mostra os cargos que apresentam maiores riscos.

Quadro 7 – Número de profissionais que estão em condições ou próximos a aposentadoria em especialidades importantes para o funcionamento do hospital.

Categoria	Abono	Aposentáveis
Auxiliar de Enfermagem (AE)	**27**	**53**
Enfermeiros (Enf.)	**15**	**15**
Médicos (diversas especialidades)	**24**	**41**
Total	**66**	**109**

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.2.

63. No quadro de enfermagem, há 184 AE com idade superior a cinquenta anos. O último concurso para nível médio ocorreu em 1994, com posse, ocorrida em 1995, para quase todos os servidores. Assim, deduz-se que quase todos os AE estão com no mínimo de 25 anos de serviço na instituição. Acrescenta-se, ainda, que as atividades desenvolvidas por esses profissionais, envolvem esforço físico, resistência, concentração e movimentos finos, e que com a idade mais avançada e os problemas decorrentes, por consequência, afeta o rendimento do profissional, impactando na escala, na necessidade de aumento de servidores, consoante relato da chefe de enfermagem do HFL.

64. Outrossim, a aposentadoria dos servidores apresenta um elevado risco de perda de conhecimento acumulado, o que pode ocasionar disfunções ao ambiente organizacional e às atividades institucionais, pois com o aumento dos temporários e suas limitações (alta rotatividade), cabe, quase que exclusivamente, aos servidores estatutários o processo de repasse do conhecimento sobre a cultura, os processos internos e as rotinas da instituição. Acrescenta-se, ainda, o esgotamento dessa dupla atribuição, tendo em vista que os servidores precisam executar suas atribuições e ensinar aos novatos as rotinas e procedimentos, basicamente, todos os anos.

Tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário – RE nº 1014286, representativo do Tema nº 942 da Repercussão Geral.

65. Outro fator que pode potencializar o número de aposentadorias decorre de julgamento de recurso extraordinário interposto pelo Estado de São Paulo contra acórdão lavrado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP), fixando a seguinte tese para o Tema 942 da Repercussão Geral:

> Tema 942
>
> Possibilidade de aplicação das regras do regime geral de previdência social para a averbação do tempo de serviço prestado em atividades exercidas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física de servidor público, com conversão do tempo especial em comum, mediante contagem diferenciada.
>
> 5. Recurso extraordinário desprovido, com fixação da seguinte tese: "Até a edição da Emenda Constitucional nº 103/2019, **o direito à conversão, em tempo comum, do prestado sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física de servidor público** decorre da previsão de adoção de requisitos e critérios diferenciados para a jubilação daquele enquadrado na hipótese prevista no então vigente inciso III do § 4º do art. 40 da Constituição da República, devendo ser aplicadas as normas do regime geral de previdência social relativas à aposentadoria especial contidas na Lei 8.213/1991 para viabilizar sua concretização enquanto não sobrevier lei complementar disciplinadora da matéria. Após a vigência da EC n.º 103/2019, o direito à conversão em tempo comum, do prestado sob condições especiais pelos servidores obedecerá à legislação complementar dos entes federados, nos termos da competência conferida pelo art. 40, § 4º-C, da Constituição da República".

66. Ressalta-se que para a efetivação do direito à conversão de tempo especial em tempo comum exercido até 13/11/2019, nos termos da EC 103/2019 e na forma da tese do STF para o Tema 942 da Repercussão Geral, devem ser aplicados os fatores de conversão previstos no § 5º do art. 188-P do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999), conforme o quadro abaixo.

Quadro 8 – Fatores de conversão para aposentadoria (Decreto 3.048/1999).

Tempo a converter	Multiplicadores	
	Mulher (para 30 anos de contribuição)	Homem (para 35 anos de contribuição)
De 15 anos	2,00	2,33
De 20 anos	1,50	1,75
De 25 anos	1,20	1,40

Fonte: art. 188-P, § 5º, do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999).

67. Assim, com a fixação do STF quanto à possiblidade de conversão do tempo especial em comum, poderá ocorrer um aumento expressivo nas aposentadorias dos servidores da área assistencial do HFL, tendo em vista que servidores dessa área (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros) poderão se aposentar com 25 anos de contribuição completados antes 13/11/2019, desde que comprovem que as atividades exercidas eram realizadas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física.

Absenteísmo

68. O absenteísmo é outro fator que impacta na quantidade de profissionais e, por conseguinte, nos serviços prestados à população. Ao examinar os relatórios de gestão e considerar comentários dos gestores corrigindo dados divulgados nesses relatórios, de 2015 a 2019, se tem as seguintes quantidades de afastamentos.

Quadro 9 - Evolução dos afastamentos por dia no HFL.

Afastamentos	2015	2016	2017	2018	2019
Licença médica	21.932	21.209	16.246	17.005	17.778
Licença maternidade	5.451	3.932	3.900	5.040	4.361
Licença por doença em pessoa da família	1.377	1.174	1.567	1.452	1.355
Faltas	1.033	628	886	1.606	641
Total dos Afastamentos	**29.408**	**26.856**	**25.268**	**27.481**	**25.484**

Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e complemento do HFL (peça 124).

69. Originalmente, os dados sobre licenças extraídos dos relatórios de gestão apresentavam uma inconsistência na unidade de medida. Até 2016, os dados divulgados não levavam em conta os dias de afastamento, mas apenas os eventos. A partir de 2017, segundo a Direção-Geral do hospital, passou-se a contabilizar os dias de afastamento. Isso provocava um salto abrupto nos dados originais relativos aos afastamentos de 2016 para 2017 (que já estão corrigidos pelo HFL no quadro acima). Segundo a direção, esse controle diário só foi possível devido à implantação de ponto eletrônico.

70. Não obstante essa explicação, o controle de afastamentos que o HFL desempenhava até 2016 não era consistente. De posse dos dados originais (antes da última correção), a equipe de auditoria, estimando os dias de afastamento a partir dos eventos de afastamento, chegou a números incompatíveis com o quadro de pessoal do HFL. Em 2015, havia 518 eventos de afastamentos por licença maternidade. De acordo com o HFL, cada licença poderia implicar até três eventos, pois seriam possíveis até duas prorrogações por licença.

71. Assim, de acordo com a explicação do HFL, 518 eventos de afastamento por licenças maternidade em 2015 deveriam corresponder a, no mínimo, 172 licenças maternidade (518÷3). Esse número de licenças não é compatível com os dias de licença maternidade informados para 2015 (5.451 dias). Com efeito, considerando 120 dias em média de afastamento por licença maternidade (número conservador, pois com prorrogações pode-se chegar a 180 dias), chega-se a 20.720 dias de afastamento [(518÷3)×120], número aproximadamente quatro vezes maior do que o informado pelo HFL (peça 124) e reproduzido no quadro anterior.

Modelo de reposição de pessoal com contratos precários

72. Como já mencionado, desde 2010, o MS tem se socorrido de contratações temporárias (CTUs) para suprir as necessidades dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro. Tal medida tem sido baseada na suposta manutenção da situação de calamidade pública no setor hospitalar do Município do Rio de Janeiro, com fulcro no art. 2º, inciso I, da Lei 8.745/1993 e no Decreto 5.392/2005.

73. Ao examinar o processo de seleção de CTUs encaminhado pela Cogep/MS (peça 53), constata-se que a Consultoria Jurídica junto ao MS (Conjur/MS) concluiu pela viabilidade jurídica do pedido de contratação temporária, sem vislumbrar óbices de índole constitucional e legal ao prosseguimento da proposta, tendo condicionado à observância do Decreto 9.739/2019, bem como da Instrução Normativa (IN) 1/2019 do Ministério da Economia (ME). Outrossim, o referido parecer recomendou a adoção de providências necessárias à realização de concurso público, tão logo se obtenha o resultado do dimensionamento de pessoal nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro que está em andamento, com o propósito de que a carência de recursos humanos retratada no presente feito seja suprida por força de trabalho permanente.

74. O ponto fulcral sobre esse modelo de contratação é a utilização do Decreto Federal 5.392/2005, o qual decretou o estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no estado do Rio de Janeiro, como fundamento para realização de contratações temporárias (Lei 8.745/1993), que se destina a necessidade temporárias de excepcional interesse público. Diante disso cabe, no mínimo, os seguintes questionamentos: se o aludido estado de calamidade perdura até hoje nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, passados dezesseis anos, ele não se tornou permanente, afastando sua temporariedade? Nessa toada, para solucionar ou mitigar problemas de tal ordem ou grandeza não exigem medidas de caráter permanente ou de longo prazo?

75. Importa resgatar que o referido Decreto teve os seus dispositivos incisos "V" e "VI" do art. 2º e § 1º e 2º também do art. 2º impugnados no Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF, Ministro Relator Joaquim Barbosa, cuja decisão afastou os efeitos dos referidos dispositivos. Embora os dispositivos em questão não sejam fundamentos para as contratações emergenciais, o voto do Ministro Relator **expõe vícios que afetam todo seu conteúdo**, mas que não foram objeto de apreciação pela Suprema Corte por não fazerem parte da causa de pedir do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52).

76. Com efeito, o Decreto 5.392/2005 possui vício de motivação. Isto é, não há qualquer alusão objetiva aos fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, tão somente uma menção genérica de uma "situação dramática" decorrente de "deficiências das ações e serviços de saúde do município do Rio de Janeiro". Expõe-se excerto do voto (Peça 52, p. 34-35):

> [...] ao examinar o ato presidencial ora impugnado, nele não vejo nenhuma alusão precisa aos motivos (de fato ou de direito) que foram determinantes na prática do ato de requisição dos hospitais municipais.
>
> O ato não faz alusão a nenhum fato ou circunstância, comportamento, ato jurídico praticado pelo município do Rio que tenha conduzido o presidente da República a editar o decreto. Ao que tudo indica, nem mesmo uma singela exposição de motivos da autoridade subordinada informou a tomada de decisão do Excelentíssimo Senhor Chefe de Estado, documento ao qual S. Exa. poderia remeter como indicativo dos motivos que o estariam levando à prática do ato ora impugnado. [...]

77. Além de não expor os fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, o Decreto 5.392/2005 não estabelece prazo de vigência ou a atrela a circunstâncias que possam ser objetivamente verificadas. De acordo com o relator do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52, p. 35-36):

> [...] Entendo, por outro lado, que o ato presidencial é também parcialmente irregular quanto a outro elemento essencial do ato administrativo: a finalidade.
>
> De fato, examinando-se o ato atacado, percebe-se num de seus *considerando*, que as medidas tomadas têm como finalidade precípua atender as 'necessidades de ações para atendimento emergencial na área da saúde' do Rio de Janeiro.
>
> Sem dúvida, a finalidade é absolutamente legítima. Mas por quanto tempo? Qual o período de duração das medidas, que são por natureza de caráter excepcional?
>
> O decreto, em seu art. 2º, diz o seguinte: 'enquanto durar o estado de calamidade referido no art. 1º [...]'.
>
> Ora, pela própria natureza excepcional da medida, consistente em requisição de bens integrantes do patrimônio de uma entidade política, seria imperioso que o ato presidencial estipulasse de maneira explícita não apenas a finalidade a que se destinam os bens requisitados, como está dito no decreto, mas também o prazo de duração da requisição.
>
> Noutras palavras, seria imperioso externar não apenas a finalidade do ato praticado, mas também o lapso de tempo dentro do qual se estima que essa finalidade possa ser atingida. [...]

78. Além dos vícios de motivação e de finalidade na sua essência, essa modalidade de contratação tem gerado prejuízos no desempenho dos serviços assistenciais prestados pelo HFL, segundo seus gestores. Por ser uma contratação temporária, ela tem prazo certo para término, que no caso do HFL é de apenas seis meses (art. 4º, inciso I, da Lei 8.745/1993), podendo se prorrogar por até dois anos (art. 4º, parágrafo único, inciso VI, da Lei 8.745/1993). Isso implica que a cada nova contratação, cria-se uma necessidade de treinamento e adaptação concomitante de uma parcela significativa de profissionais do hospital.

79. Ademais, é relatado que, uma vez que a contratação se dá por vínculo precário, os colaboradores, com a aproximação do término da contração, apresentam queda de desempenho pela ansiedade gerada pelo risco de desemprego e pela incerteza de ser novamente selecionado no novo processo de contratação ou de buscar emprego em outra instituição.

80. Ressalta-se que, em mais de uma entrevista com a chefia de enfermagem do HFL, foi pontuado que a rotatividade semestral ou anual de profissionais temporários impede a criação de vínculo com o hospital, em que pese muitos profissionais serem recontratados ao longo do tempo, alguns com mais de uma década na instituição. Segundo ela, o hospital investe em treinamento sem tempo hábil para aproveitar o aumento da qualidade e produtividade do profissional, e mudança constante provoca o esgotamento dos estatutários que ensinam a rotina da instituição aos novos contratados.

81. Os gestores do HFL também mencionaram que o processo de contratação de temporários não tem sido alinhado aos objetivos do hospital. Muitos profissionais selecionados, embora tenham experiência profissional prévia, não o tem na área em que o hospital precisa. Algumas vezes isso ocorreu até mesmo de forma grosseira. Citaram, por exemplo, que na última seleção (6º certame), foram alocados doze odontólogos, que não foram solicitados e não eram prioridade na unidade.

82. Relatam que o MS nunca atendeu plenamente as necessidades de servidores temporários tanto em termos quantitativo, quanto nas especialidades dos profissionais que atuam na instituição. Essa situação realmente tem potencial impacto na unidade dada a proporção dessa força de trabalho perante todo efetivo. No caso específico do HFL, atualmente, eles são 37% dos servidores que realizam a atividade assistencial e de apoio assistencial à saúde.

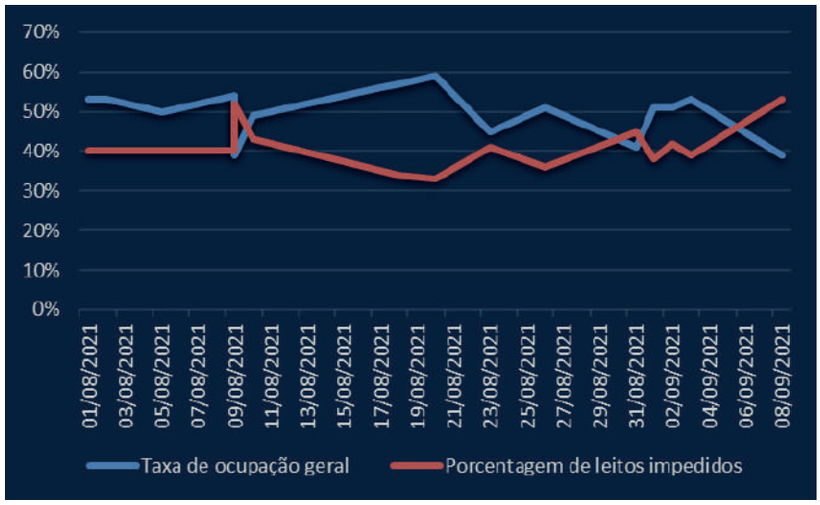
83. Esta falta de sintonia entre o que o hospital afirma ser sua carência e o que o Ministério da Saúde disponibiliza em termos de CTUs está evidenciada nos documentos encaminhados para a equipe de auditoria, apesar de não haver registros nos processos administrativos de qualquer limitação orçamentária ou necessidades de diminuição das vagas solicitadas manifestada por parte do MS ou Ministério da Economia (ME).

84. Ao compulsar os expedientes requisitados para o HFL, observou-se que, em 2018, foi solicitado 151 temporários, para vários cargos; em 2019, o pedido foi de 360 CTUs; e, em 2021, a planilha a ser encaminhada aponta para a necessidade de 613 temporários. Uma possível resposta para o aumento nas solicitações, decorreria das aposentadorias, mas elas não transcorreram na mesma proporção, pois de 2018 a 2019, ocorreram 85 aposentadorias; e, de 2019 até início de outubro/2021, ocorreram também 85 aposentadorias. Mais detalhes sobre os problemas relacionados à seleção de CTUs podem ser acessados na análise específica produzida pela equipe de auditoria (peça 58).

Efeitos da carência de pessoal no HFL

85. A equipe de fiscalização acompanhou o censo hospitalar, por meio da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (Subpav), no período entre 1/8 e 8/9/2021.

Gráfico 2 – Evolução dos leitos impedidos no HFL em agosto de 2021.

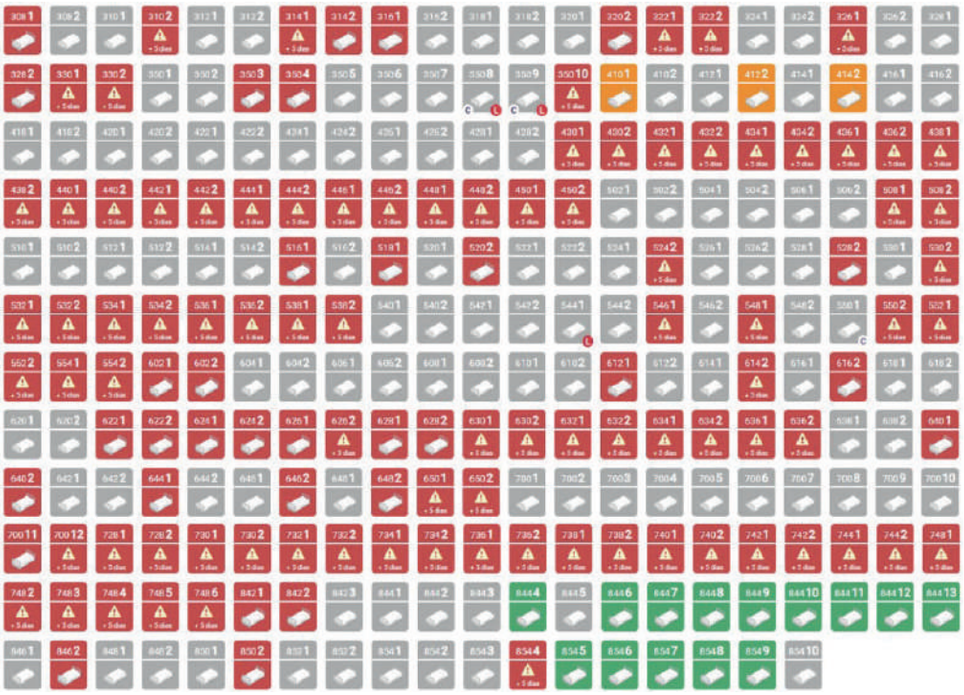


Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

86. Observou-se alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do HFL, tendo como principais justificativas a carência de enfermeiros e de médicos, responsáveis por aproximadamente 82% dos leitos impedidos. O restante é resultante de isolamento dos leitos e obras de manutenção. Acrescenta-se, ainda, que ao analisar a distribuição dos leitos impedidos entre os dias 31/8/21 e 3/9/21, observou-se que a insuficiência de enfermeiros foi responsável por 61% a 68% dos impedimentos e a carência de médicos responsável por 14% a 21%. Destaca-se, também, a baixa taxa de ocupação geral do hospital, não passando no período a taxa de 60%.

87. Assim, há relevante desperdício de recursos físicos no hospital. Tal conclusão fica ainda mais didática quando se depara com o quadro corriqueiro de impedimentos de leitos no censo hospitalar virtual, com grande quantidade de figuras em vermelho, representando os leitos impedidos do HFL. Este fenômeno também está sendo apurado pelo TCU nos demais hospitais federais (TC 020.437/2020-0).

Figura 6 – Representação do censo dos 249 leitos do HFL no dia 17/11/2021.



Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

Proposta de encaminhamento

88. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

89. Com base no Guia prático de análise ***ex post*** de avaliação de políticas públicas, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL com o seguinte objetivo:

a) definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede (decorrente do achado a ser exposto no capítulo 3.2 deste relatório); e

b) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:

b.1) flexibilidade no recrutamento de pessoas;

b.2) a especialização do corpo técnico; e

b.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão.

Capítulo 3.2 - Disfunções no processo de entrada da demanda no HFL

90. Existem dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. O perfil assistencial do hospital não é bem delimitado. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, consequentemente, não direciona ou controla as ações assistenciais para satisfação do seu usuário (potencial e real).

Descrição da situação encontrada

Critério

91. As principais referências utilizadas como critério nesse capítulo são as diretrizes insculpidas na Política Nacional de Regulação do SUS (Anexo XXVI, Capítulo I, Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); a Portaria S/Subgeral nº 6/2015, que define regras para oferta,

utilização e regulação dos procedimentos ambulatoriais no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro/RJ; o documento descritivo que vigorou até fevereiro de 2020 entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, datado de 1º/2/2018; e o termo de pactuação de metas em vigor acordado entre o HFL e a SEMS/RJ, datado de 19/3/2021.

Disfunções mencionadas pela regulação estadual e municipal

92. O HFL recebe demandas assistenciais tanto do complexo regulador do estado do Rio de Janeiro/RJ como de sua capital. No município do Rio de Janeiro/RJ, a regulação utiliza o sistema SIS-REG (Sistema Nacional de Regulação) para processar as demandas ambulatoriais de baixa e média complexidades (clínico ou cirurgias eletivas), que abrangem o universo de 178 unidades executantes; 358 unidades solicitantes; 92 municípios em 265 CNES solicitantes. Já o estado utiliza o sistema SER, onde são registrados todos os pedidos de internação, e executa a regulação das demandas de alta complexidade.

93. No âmbito da execução deste trabalho, foram realizadas oficinas virtuais junto às equipes do Complexo Regulador do estado do Rio de Janeiro, do Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro/RJ e do Núcleo Interno de Regulação do HFL para mapear o processo de regulação da oferta de vagas ambulatoriais e de internação para o HFL e identificar suas eventuais distorções no acesso dos pacientes (peça 60). Abaixo serão descritos os principais gargalos reportados especialmente pelas equipes dos complexos reguladores.

Acesso às vagas ambulatoriais

Quadro 10 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas ambulatoriais do HFL.

OFERTA de VAGAS		AGENDAMENTO do PACIENTE	ACESSO EFETIVO
Quantidade	Qualidade		
Baixa disponibilidade de vagas	**Oferta incompatível** com as necessidades da população	**Liberação das agendas** muito próximo do início da vigência	Existência elevada de **faltas e ociosidade**
Oferta irregular na quantidade de vagas	**Ausência de oferta** de procedimentos para os quais é **habilitado**		Listas de espera de **pacientes regulados** para realização de cirurgias
	Critérios de inclusão do paciente desconexos com a capacidade instalada da unidade		

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

Problemas na oferta de vagas do HFL

94. Ambas as equipes de regulação, do estado e da capital, reportaram problemas relacionados à oferta de vagas ambulatoriais no HFL, tanto quantitativa como qualitativamente. Essa expectativa frustrada dos reguladores se deve especialmente ao histórico de ofertas de vagas disponibilizadas pelo hospital e a sua estrutura e capacidade de prestação de serviços, que o habilita para acolher diferentes tipos de demandas ambulatoriais: consultas, exames e procedimentos.

95. Esse mapeamento histórico das ofertas do HFL também revela uma falta de regularidade no tipo de serviço que pode ser disponibilizado para a rede, causando prejuízos para a programação do acesso às vagas para os pacientes.

96. Tanto a regulação municipal quanto a estadual apresentaram exemplos e evidências da falta de regularidade na quantidade de vagas ofertadas nas diferentes especialidades. A regulação da capital apresentou diversos *prints* do Sisreg (peça 68) demonstrando essa carência e irregularidade de vagas desde 2017 nas mais diferentes especialidades. De maneira similar, a regulação estadual enviou *prints* do Sistema Estadual de Regulação – SER (peça 61) de janeiro a novembro de 2021 expondo o mesmo problema relatado pelo município.

97. Por exemplo, observou-se que, embora o HFL seja habilitado em cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista, as vagas ofertadas nessa seara foram apenas para implante de marcapasso – 52 vagas entre janeiro e outubro, com média de 5,2 vagas/mês. Nesse mesmo período, em ortopedia e traumatologia, não houve oferta de vagas para cirurgias de quadril. Em julho e agosto deste ano, foram ofertadas apenas três e sete vagas, respectivamente, para Arteriografia Periférica. Na especialidade de neurocirurgia, não houve oferta de vagas entre janeiro e junho de 2021.

98. Em que pese esse contexto, não se pode deixar de destacar que existem pelo menos dois fatores que prejudicaram essa oferta por parte da unidade auditada, especialmente nos últimos dois anos: a pandemia provocada pela Covid-19 e os problemas relacionados à parte de pessoal (relatados na seção 3.1 deste relatório). Em 27/8/21, por exemplo, o Diretor do HFL, em virtude do recrudescimento da pandemia de Covid-19, determinou (peça 97) a suspensão temporária dos atendimentos de "primeira vez" e redução de 50% dos atendimentos ambulatoriais. A situação se normalizou no final do mês de setembro de 2021, quando a oferta de vagas ambulatoriais voltaria a ser disponibilizada em outubro.

99. Vale destacar, de forma especial, a menção dos reguladores à configuração restritiva que o hospital estabelece como condição de acesso a algumas especialidades. Eles alegam que em algumas situações os critérios de inclusão dos pacientes são desconexos com a capacidade instalada da unidade.

100. Outro aspecto importante é que esse baixo nível de ofertas de vagas por parte do HFL contrasta com uma alta demanda na rede. Assim, essa limitação no acesso às vagas tem como efeito o crescimento das filas e, de uma forma geral, uma piora na entrega de valor para o restabelecimento da saúde da população. O gerenciamento da fila é responsabilidade dos complexos reguladores. Diante disso, os gestores trouxeram mais uma preocupação em decorrência disso, o baixo percentual de oferta de vagas para a regulação em comparação ao total de produção realizado pelo HFL e, consequentemente, a falta de transparência na gestão das vagas de retorno dos pacientes já acolhidos pelo hospital.

101. A Regulação municipal descreve como evidência um estudo comparativo (gráfico ao lado) entre oferta de vagas no Sisreg e produção registada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de janeiro a julho de 2021. Na análise, observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Ao levantar a produção do HFL no SIA de janeiro a julho de 2021, no total de produção apresentada (209.417 procedimentos), 53.893 foram consultas médicas.

102. Dessa forma, menos de 10% do total de produção de consultas que aparecem como produção no SIA foram ofertadas para o Sisreg como reserva, não de consulta de 1ª vez. Isso contraria o parâmetro que existia de pelo menos 15% desse indicador, na cláusula 9, item 1 do quadro 3, do contrato de 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro-RJ (SMS Rio).

103. Esses cerca de 92% de registros são, em tese, referentes às consultas de retorno, as quais não são reguladas pelos entes subnacionais. Os reguladores também destacaram que não conseguem visualizar nos sistemas disponíveis o itinerário dos pacientes após a consulta inicial no hospital.

Problemas no agendamento das vagas do HFL

104. Reguladores do estado e da capital revelaram problemas na liberação do agendamento de vagas ambulatoriais por parte do HFL. Foi demonstrado que a sinalização positiva para marcação

vem ocorrendo em datas muito próximas do início da vigência da agenda, prejudicando, ou, até mesmo, inviabilizando o comparecimento dos pacientes nos primeiros dias disponibilizados. Segundo os gestores da regulação da capital, há uma pactuação entre as partes a fim de que a agenda seja disponibilizada com antecedência de sessenta dias até o efetivo acesso do paciente.

105. Foram encaminhados diversos exemplos em diferentes especialidades da intempestividade mencionada (peças 62 e 68). Abaixo, ilustração prática sobre o problema. O exemplo demonstra a agenda programada para o dia 1/7/21 para início no dia seguinte, dificultando o uso das vagas na primeira semana da vigência da escala.

Figura 7 – Exemplo de liberação de agenda por parte do HFL com pouca antecedência.

HISTÓRICO DE ALTERAÇÃO DE ESCALAS

Código Horário	Unidade	Profissional	Procedimento	Dia
7813087	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	[redacted]	CONSULTA CIRURGIA VASCULAR - TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA NÃO ESTÉTICA	QUI

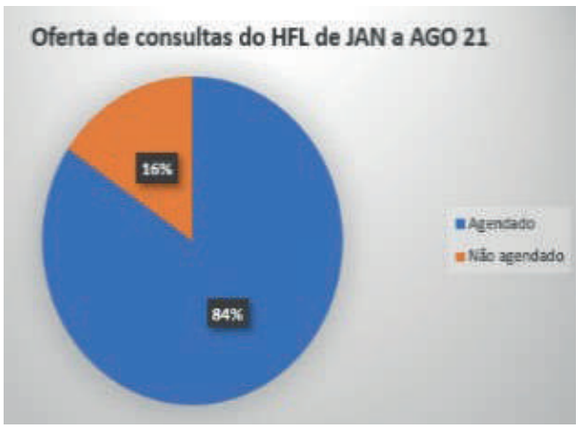
Nº	Operação	Data / Hora	Operador	Hora da Escala	1ª vez - min	Retorno - min	Reserva - min	CBO	Quebra Automática	Vigência	Agenda	Status da Escala	Observação
1	Registro Incluído	01/07/2021 05:58:07	COORDENADORHFL	13:10:00 - 13:45:00	0 / 0	0 / 0	3 / 0	MEDICO CIRURGIAO VASCULAR	NÃO	02.07.2021 a 31.08.2021	Nao Local	Inativo	Ver Obs.

Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro-RJ.

106. Isso se deve ao fato de que há pacientes que moram no interior do estado e, portanto, precisam se programar para se deslocar até o HFL. Além disso, o processo de marcação da visita é feito pela unidade solicitante, que precisa ficar atenta à liberação da agenda no sistema para, em seguida, tentar obter contato com o paciente para informá-lo sobre a data e o horário de comparecimento no hospital. Muitas vezes, esse processo não é rápido.

Problemas no acesso efetivo do paciente ao HFL

107. A questão abordada anteriormente, pouca antecedência na liberação das agendas, foi apontada pelos reguladores como um importante fator que colabora para o elevado índice de vagas disponibilizadas, mas não agendadas no HFL. Na planilha disponibilizada pela central de regulação municipal (peça 69), observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Desse total, 3.812 foram marcadas, e ficaram 701 sem agendamento, ou seja, cerca de 16 % do total de vagas ofertadas (gráfico abaixo).

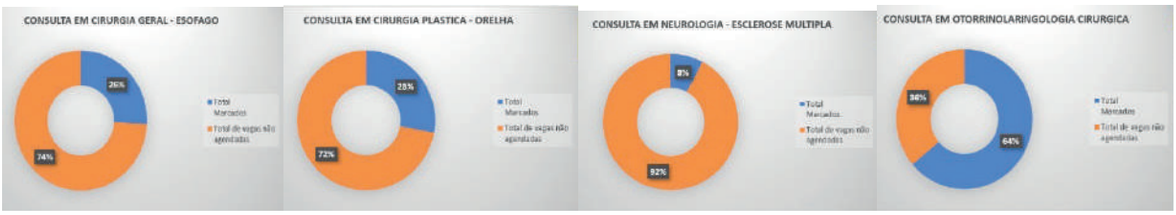


108. Segundo os reguladores municipais, a ausência de marcação assinalada também pode ocorrer pela falta de demanda para as vagas ofertadas. Esse é um outro importante entrave para o acesso efetivo do paciente aos serviços prestados pelo HFL. Nessa situação, ocorre ociosidade e desperdício de recursos. Essa é mais uma sinalização de falta de flexibilização da vocação do hospital em direção às verdadeiras demandas epidemiológicas da rede ao qual se insere.

109. Seguem abaixo, números desse fenômeno nas especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Quadro 11 – Especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Especialidades	Total de Oferta Real 1ª Vez (Reserva)	Total Marcados	Total de vagas não agendadas
Consulta em Cirurgia Geral - Esôfago	31	8	**23**
Consulta em Cirurgia Plástica - Orelha	54	15	**39**
Consulta em Neurologia - Esclerose Múltipla	178	14	**164**
Consulta em Otorrinolaringologia Cirúrgica	397	253	**144**



110. Finalmente, cabe ressaltar a histórica existência de uma grande fila de espera interna para cirurgias no HFL. São designadas como internas, pois são compostas de pacientes que tiveram sua demanda processada pelo complexo regulador e já foram acolhidos inicialmente pelo hospital, mas não realizaram a cirurgia do qual necessitam.

Quadro 12 – Situação, em 4/10/21, da fila interna de pacientes no HFL aguardando cirurgia.

Contagem de Nome	Rótulos de Coluna								
Rótulos de Linha	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total Geral
CIRURGIA CARDÍACA								1	1
CIRURGIA COLOPROCTOLOGIA						1	1	22	24
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO						2		9	11
CIRURGIA GERAL						43	34	47	124
CIRURGIA GINECOLÓGICA					14	75	14	11	114
CIRURGIA OFTALMOLÓGICA				2	2	13	75	51	143
CIRURGIA ONCOLÓGICA								1	1
CIRURGIA ORTOPÉDICA	6	10	15	21	17	103	61	113	346
CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA				2	5	54	36	50	147
CIRURGIA PEDIÁTRICA							29	29	58
CIRURGIA PLÁSTICA					5	64	49	79	197
CIRURGIA TORÁCICA							2	19	21
CIRURGIA UROLÓGICA						5	9	61	75
CIRURGIA VASCULAR				3		34	23	73	133
ENDOSCOPIA DIGESTIVA								1	1
MASTOLOGIA						2	6	25	33
NEUROCIRURGIA				1	3	63	15	38	120
Total Geral	**6**	**10**	**15**	**29**	**46**	**459**	**354**	**630**	**1549**

Fonte: HFL.

111. O registro mais antigo desta fila interna que a equipe de auditoria obteve acesso é de 14/3/2019, em que o número de pacientes aguardando cirurgia era de 1.754, citada no relatório do Pro-adi-SUS "Lean no Centro Cirúrgico" (peça 32, slide 10). Ou seja, é um fenômeno que existe antes de a pandemia por covid-19 impactar o atendimento dos hospitais.

112. A resolução desta fila é uma preocupação da equipe da SEMS/RJ, uma vez que estabeleceu como meta no Termo de Pactuação (peça 19) o atendimento dos pacientes que aguardam para realizar essas cirurgias. A seguir, expõe-se o quadro atual da situação, em 4/10/2021. Chama atenção o fato de ainda existirem cerca de cem pacientes aguardando atendimento por parte do HFL desde os anos 2014 /2018, mesmo tendo sido já enviados pelos complexos reguladores e acolhidos na unidade.

Acesso às vagas de internação

Quadro 13 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas de internação do HFL.

Quantidade		Qualidade	
Baixa oferta de leitos	**Indisponibilidade dos leitos** vagos na unidade	**Perfil da unidade pouco flexível** para recebimento de pacientes	**Triagem** de casos
Cancelamento de oferta de vagas		**Ausência de oferta** de leitos para os quais é **habilitado**	Leitos registrados no **CNES não representam a realidade** de vagas ofertadas

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

113. Na Plataforma SMS Rio (SMS Rio - Censo Hospitalar Público), o hospital tem seu perfil cadastrado, com informações sobre as especialidades, horários e condições dos pacientes que ele pode receber. Assim, os complexos reguladores estadual e municipal podem consultar, em tempo real, a situação de cada leito de todas as unidades cadastradas por meio de uma representação visual, semelhante um sistema de reservas, conforme demonstrado na figura 6 (capítulo 3.1 deste relatório).

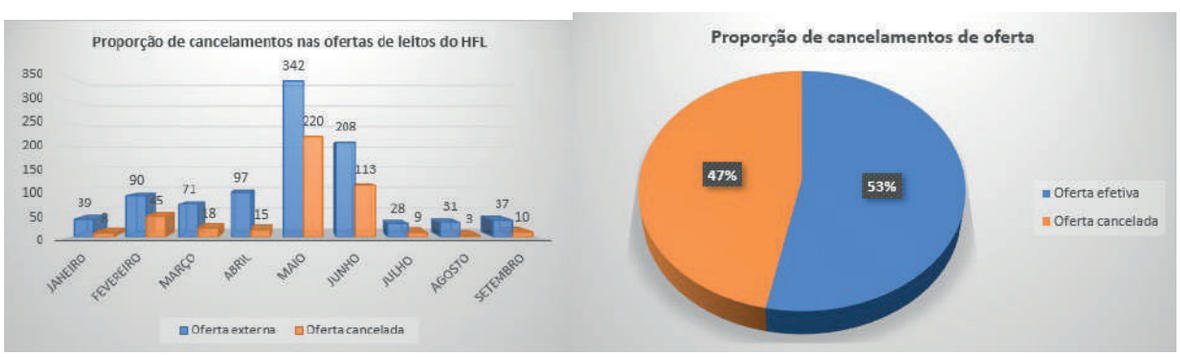
114. O Núcleo Interno de Regulação do hospital realiza diariamente o censo de seus leitos internamente. Nesta atividade, são alocados os pacientes que já estão no HFL. Caso haja algum leito cuja capacidade operacional esteja disponível, ele é liberado pela direção e ofertado na Plataforma SMS RIO. Com essa liberação, eles são ocupados por pacientes dentro do perfil indicado para a vaga. Caso sejam identificados leitos vagos há mais de 3 horas no referido sistema, excetuando-se leitos especializados, a Plataforma oferta o leito automaticamente para a regulação ocupá-lo com pacientes em espera. Apesar disso, todo o processo de solicitação da vaga é feito por meio do sistema SER.

Problemas na quantidade de oferta de leitos

115. De acordo com as equipes de regulação estadual e municipal a oferta de leitos espontânea, por parte do HFL, é "ínfima" ou "praticamente nula". O acesso aos leitos é fruto de uma busca ativa por parte dos profissionais da regulação.

116. Grande parte da oferta de leitos que surgem no sistema é cancelada a pedido do HFL. Segundo a extração de dados da Plataforma SMS Rio, realizada pela equipe da regulação da capital carioca, foram canceladas 47% das vagas que surgiram após o censo diário feito pelo HFL, de janeiro a setembro de 2021.

Gráfico 3 – Cancelamentos de vagas para leitos do HFL de janeiro a setembro de 2021.



Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro/RJ.

117. O maior volume de ofertas, especialmente de maio a junho de 2021, deve-se à abertura de leitos para tratamento de pacientes acometidos pelo Covid-19 no HFL, viabilizado por contratação de profissionais de saúde via convênio com o estado do Rio de Janeiro.

Problemas na oferta qualificada de leitos

118. As equipes de regulação estadual e municipal também mencionaram que o hospital seleciona com rigor os casos que quer internar, mediante avaliação prévia da condição dos candidatos. O sistema SER permite a inserção de informações sobre a situação de saúde do paciente, relatório clínico, resultado de exames, inclusive de imagem, o que agiliza a definição do hospital que tem capacidade instalada para o atendimento. Permite, ainda, a manifestação da unidade hospitalar quanto à negativa de recebimento do paciente por falta de material, leito ou especialistas. Todas as ações ficam registradas no sistema.

119. Apesar da capacidade instalada e de todo corpo de profissionais disponíveis no HFL, o perfil da unidade informado na Plataforma SMS Rio relata que o hospital não pode receber, por exemplo, pacientes com traqueostomia, gastrotomia ou com úlceras por pressão.

120. Foi reportado que, além de haver alta restrição na admissão dos pacientes, o hospital costuma demorar na avaliação e, consequentemente, na resposta às demandas dos complexos reguladores por vagas de internação.

Pouca flexibilidade para atender à demanda – causas raízes

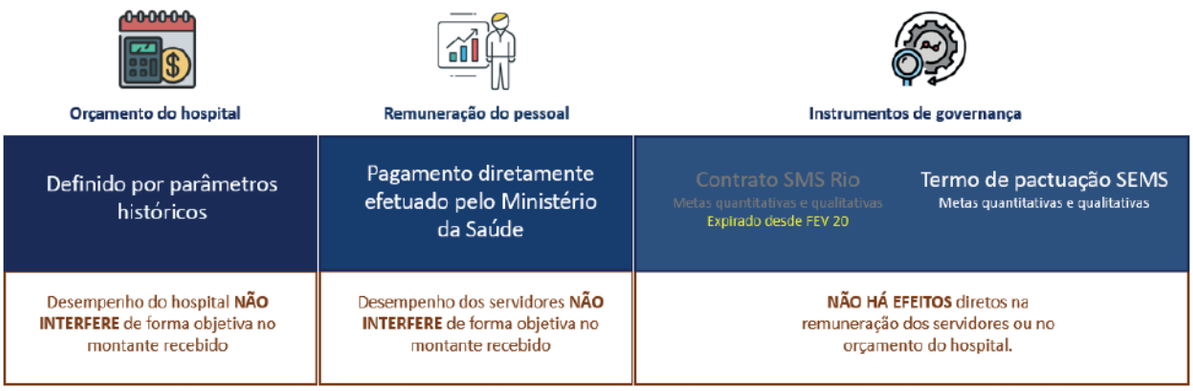
121. Apesar das dificuldades enfrentadas pelo HFL especialmente na área de pessoal, abordadas no capítulo 3.1 deste relatório, com base em tudo o que foi exposto nesta seção é notável uma baixa sensibilidade institucional do HFL em adaptar sua oferta de serviços assistenciais de saúde aos serviços com maior demanda e de baixa oferta na rede assistencial.

122. Ao analisar todo arcabouço de suporte de recursos e de governança que envolve o hospital (ver figura 8 adiante), percebe-se que esse comportamento é resultado das regras de funcionamento do sistema em que se inserem essas instituições hospitalares diretamente geridas pelo poder público.

123. Diversos fatores contribuem para essa baixa sensibilidade em mudar a oferta em função das principais demandas da rede. A primeira delas é a forma como se dá as regras de orçamentação do HFL e das demais unidades hospitalares diretamente geridas pela Administração Pública.

124. O HFL, por ser parte da Administração Direta da União, isto é, um órgão do Ministério da Saúde, ele possui orçamento previsto em lei, o qual é definido pelo processo orçamentário ordinário, em que o Poder Executivo faz a proposta orçamentária, que é apreciada, aprovada ou alterada pelo Legislativo.

Figura 8 – Potenciais incentivos para o HFL ajustar oferta à demanda de serviços.



Fonte: elaboração própria com base nas informações levantadas na construção da visão geral do objeto.

Ícones fornecidos por Flaticon.com.

125. Os valores atribuídos aos órgãos da administração direta, inclusive o HFL, decorrem da discricionariedade dos agentes no ciclo orçamentário, que tem liberdade de definir os valores dentro da realidade orçamentária. O que se percebe é que o valor é definido a partir de uma

referência de valor histórico somada ao uma correção, de forma que, a cada ano, o valor nominal previsto é levemente aumentado em relação ao ano anterior (referência ao quadro com valores orçamentários de 2016 em diante). Cabe registrar que o orçamento referente a salários é atribuído à parte do orçamento da unidade, compondo diretamente o orçamento salarial do Ministério da Saúde.

126. Assim, não há qualquer regra que crie uma correlação no processo de orçamentação da unidade com sua produção ou sua capacidade de atender às demandas da rede de assistência em que o HFL se insere. Com efeito, a unidade não sofrerá qualquer consequência financeira caso decida ignorar as principais demandas apresentadas pelos complexos reguladores. Dessa forma, não há incentivos a que a unidade se adapte às demandas da rede.

127. Sobre a baixa oferta de leitos para regulação de pacientes, os gestores ofereceram comentários destacando que tais pacientes costumam ocupar de forma indefinida o leito hospitalar devido à dificuldade na contrarreferência de pacientes. Esse seria, segundo os comentários, um dos grandes motivos para essa baixa susceptibilidade à recepção de pacientes que precisam um leito. Depreende-se dos comentários que pacientes que já ocupam um leito em outro hospital e solicitam transferência para o HFL são pacientes geralmente de perfil crônico e que dificilmente terão uma alta segura sem a devida contrarreferência. Resultando, portanto, em um aumento no tempo médio de permanência de pacientes clínicos e uma redução da eficiência da unidade, além de prejudicar os pacientes originários do HFL, segundo seus gestores (peça 120, p. 4 e peças 121 e 123).

128. É importante mencionar que, do ponto de vista estratégico, não deve ser diretamente o HFL a entidade a acompanhar quais os principais vazios assistências hospitalares da rede, mas, sim, a SEMS/RJ. De acordo com o Decreto 9.795/2019, compete à essa Superintendência Estadual (destaques inseridos):

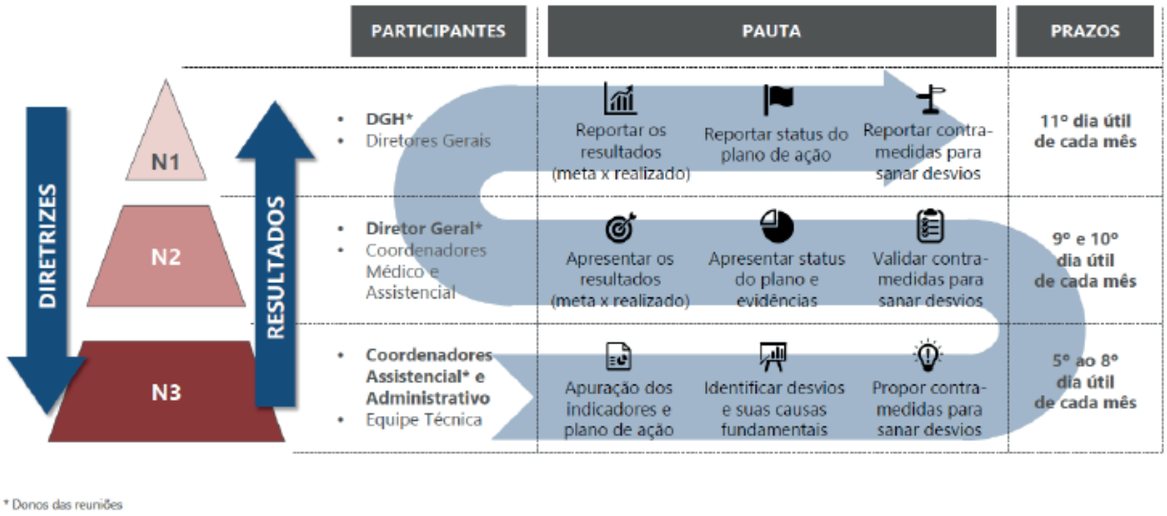
> Art. 14-A. À Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro compete: (Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)
>
> **I - coordenar, monitorar, avaliar e definir as diretrizes de atuação dos hospitais federais no Estado do Rio de Janeiro;** (Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)
>
> **II - articular as ações de implementação das políticas de saúde nos hospitais federais com os demais serviços de saúde localizados no Estado do Rio de Janeiro**, com vistas ao planejamento, ao fortalecimento e à qualificação das ações para a prestação dos serviços de saúde**;**

129. Desse modo, seria esperado que a SEMS/RJ se articulasse de forma dinâmica ao longo do tempo com os complexos reguladores municipal e estadual a fim de se buscar identificar os vazios assistenciais hospitalares capazes de serem supridos pelas unidades federais e, a partir disso, definisse ofertas de serviços prioritários para cada unidade hospitalar, inclusive o HFL.

130. Uma organização de serviços partindo da Superintendência poderia trazer sinergia à rede, pois poder-se-ia definir uma atuação complementar entre cada uma das unidades federais, evitando-se sobreposições de oferta e fragmentação de serviços. Essa visão estratégica conjunta dos hospitais federais foi defendida pelo ex-coordenador do projeto "Lean nas Emergências", após trabalho executado nesses hospitais em agosto de 2020 (peça 31).

131. Recentemente, trabalho desenvolvido pela equipe de consultores do Proadi-SUS em 2020 (peça 28), fez um amplo diagnóstico sobre o desempenho operacional dos hospitais federais e propôs à SEMS/RJ (antigo DGH) e ao Ministério da Saúde uma estrutura para governança de resultados dessas unidades, com base no controle de vinte indicadores. Abaixo, registra-se a sistemática de controle sugerida pela equipe de consultores.

Figura 9 – Proposta do Proadi-SUS para estrutura de governança de resultados nos hospitais federais



Fonte: Caderno de Governança de Resultados elaborado em 2020 pelo Proadi-SUS.

132. Apesar disso, o trabalho de consultoria foi interrompido devido à pandemia provocada pelo Covid-19.

133. Atualmente, existe um contrato em vigor envolvendo o hospital em tela: Termo de Pactuação de Metas assinado entre a SEMS/RJ e o HFL em 19/3/2021. De acordo com as entrevistas realizadas e documentos coletados ao longo deste trabalho, este acordo não tem sido sistematicamente acompanhado pela SEMS/RJ, com esparsas conferências de algumas de suas metas estabelecidas em momentos pontuais.

134. Além disso, vale mencionar que foi esboçado um Documento Descritivo em 17/11/2020 para servir de parâmetro entre a SMS Rio de Janeiro/RJ e o HFL. No entanto, o documento não foi assinado entre as partes.

135. Ao analisar o conteúdo dos dois documentos mencionados acima, verificou-se que não há previsão de quaisquer consequências financeiras tanto para o hospital como para seus servidores caso as metas estabelecidas não sejam atingidas à contento.

136. Finalmente, cabe mencionar que, no âmbito estadual, responsável pelas demandas de alta complexidade, não há instrumentos de pactuação de metas entre esta instância e o HFL. Para a gestora do complexo regulador estadual, a falta de contratualização prejudica a programação regular da oferta, e, por outro lado, prejudica o controle e monitoramento do que deveria ser pactuado, visto que não há um instrumento formal de programação. O hospital define sua oferta por decisão interna. Por outro lado, reforça o que já foi dito acima: o fato de o HFL ter orçamento próprio desmotiva o incremento na produção, visto que, independentemente do total apresentado, o recurso é regularmente disponibilizado.

Propostas de encaminhamento

137. Diante de tudo que foi exposto e na mesma linha de raciocínio exposto no capítulo 3.1 deste relatório, observou-se que há causas raízes que contribuem para o quadro atual. Desta forma, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

138. Com base no Guia prático de análise ***ex post*** de políticas públicas, no Referencial de controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL que leve em conta:

a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;

b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;

c) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e

d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.

139. Recomendar ao HFL que encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas.

Capítulo 3.3 - Oportunidades de melhoria na gestão da alta dos leitos clínicos

140. O tempo de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL estão acima dos parâmetros de boas práticas nacionais, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas operacionais já existentes na unidade.

Descrição da situação encontrada

Critério

141. O tempo de médio de permanência representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital. A fórmula utilizada para o cálculo mensal deste indicador é a exposta no esquema abaixo.

$$= \frac{\text{N° pacientes} - \text{dia no período}}{\text{N° saídas no período}}$$

142. Existem alguns parâmetros para se avaliar esse indicador. Serão destacados, a seguir, alguns importantes como critérios para análise. Segundo a Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28/9/2017, a faixa de variação recomendada para o tempo de permanência nas internações em leitos gerais é a descrita no quadro abaixo:

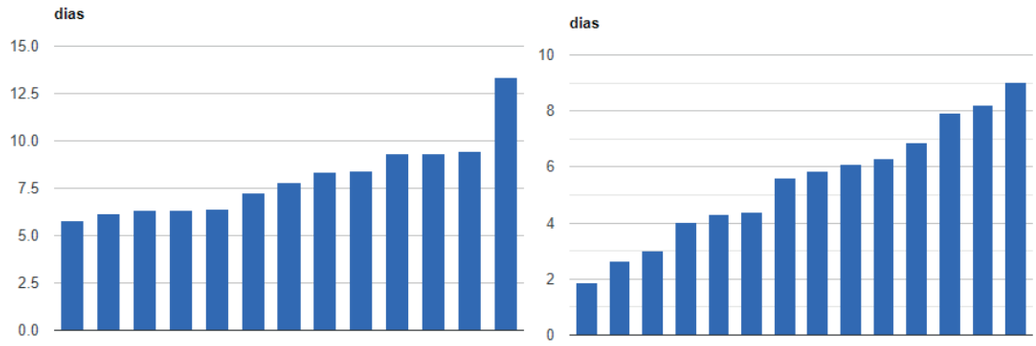
Quadro 14 – Parâmetros do Ministério da Saúde para tempo de permanência.

Tipo de leito	Tempo médio de permanência	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Fonte: Título IV, Capítulo II, Art. 102 a 106, Caderno I

143. Segundo o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, em julho de 2021 (dados mais recentes), considerando especificamente os hospitais públicos que aderiram ao programa e que possuem mais de 50 leitos, os parâmetros são os seguintes:

Média de permanência na clínica médica	Média de permanência na clínica cirúrgica



N	Mediana
13	7,79

N	Mediana
14	5,74

Acesso em 30/10/2021, em https://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php

144. Já de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, considerando hospitais de excelência no país, as referências para esse indicador são as seguintes (em dias):

2017	2018	2019	2020
4,27	**4,13**	**4,04**	**4,59**

Disponível em https://www.anahp.com.br/dados-do-setor/

145. Em relação à média de permanência para pacientes oncológicos, obtivemos acesso aos parâmetros do Instituto Nacional do Câncer. Os parâmetros são os seguintes:

2016	2017	2018	2019	2020
7,51	**7,77**	**7,51**	**7,77**	**7,77**

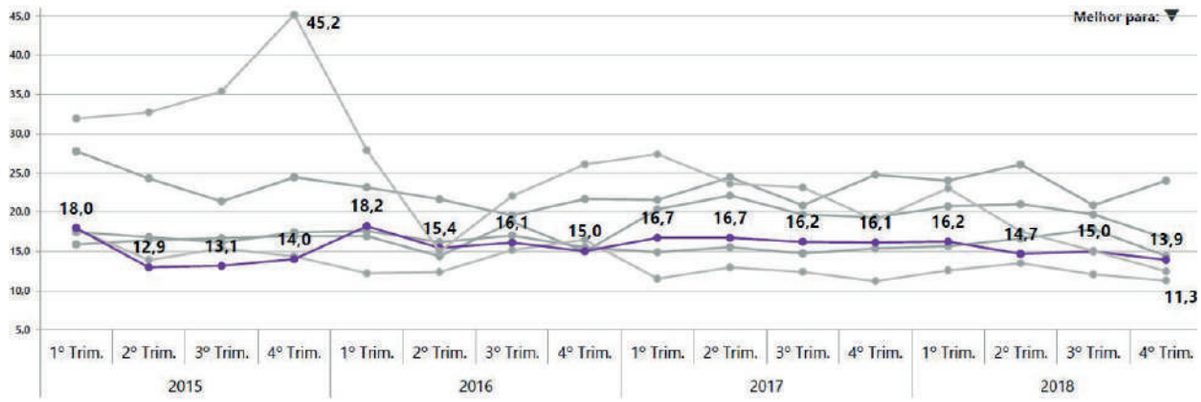
Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio_de_gestao_2020_digital.pdf

Dados sobre o HFL

146. Expostos os critérios, apresenta-se a partir de agora os dados sobre o HFL. Será dada maior ênfase às informações sobre internações clínicas, uma vez que os indicadores das internações cirúrgicas se aproximaram mais aos parâmetros de boas práticas.

147. Obteve-se acesso, por meio do Ministério da Saúde, ao relatório de consultoria (peça 30) do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – Proadi-SUS. Nesse documento, os consultores forneceram os resultados desse indicador de **2015 a 2018** no HFL (Figura 10 abaixo).

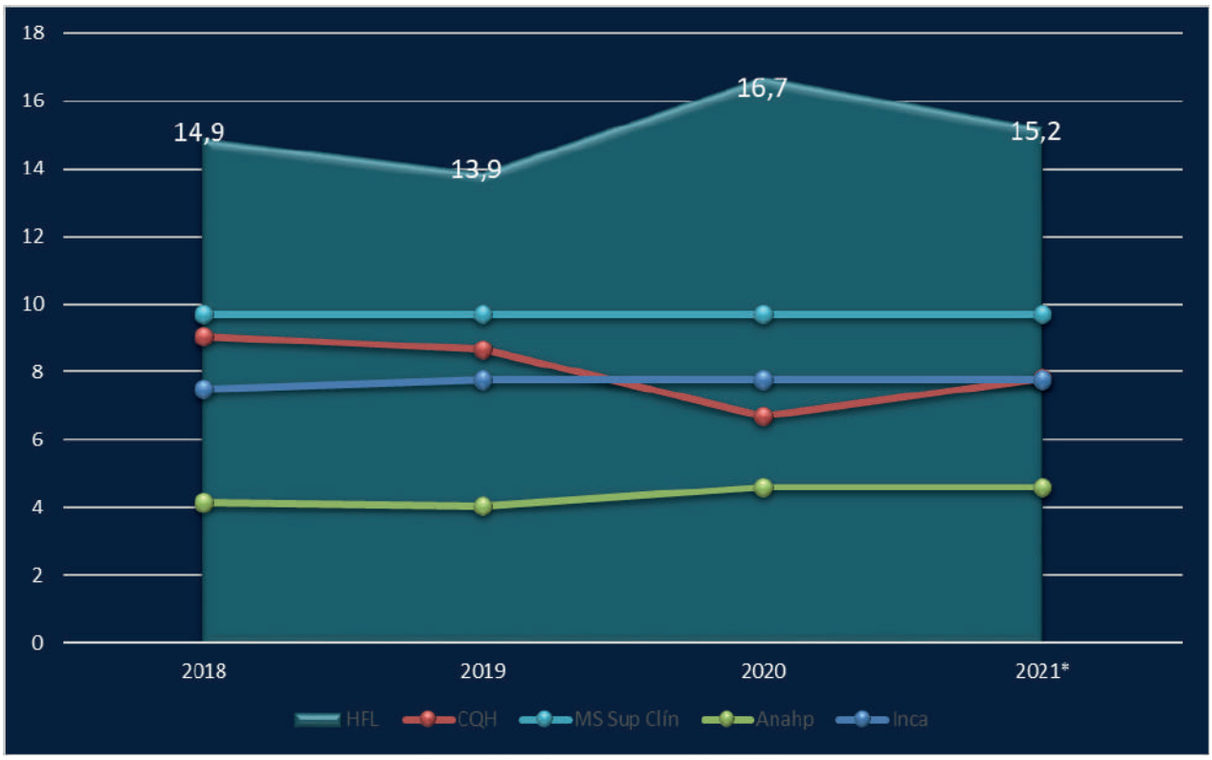
Figura 10 – Histórico do tempo médio de permanência em internações clínicas no HFL em comparação aos outros hospitais federais do Rio de Janeiro.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2019).

148. Os dados do HFL são os que aparecem na linha de cor roxa. As outras linhas em cinza referem-se aos outros hospitais federais do estado Rio de Janeiro.
149. Em 2020, nova consultoria Proadi-SUS (peça 31), dessa vez executada pela equipe do projeto Lean nas Emergências, apresentou informações sobre este mesmo indicador referente ao período de janeiro a dezembro de 2019, informando uma média de tempo de permanência no HFL em internações clínicas de 13,45 dias.
150. Os dados fornecidos pela equipe de Planejamento em Saúde do HFL mostram que o tempo de permanência nas internações clínicas nos anos mais recentes continuam acima dos parâmetros mencionados no início desta seção, conforme pode ser visto no gráfico abaixo.

Gráfico 4 – Tempo médio de permanência nas internações clínicas do HFL.



Fonte: Planejamento em saúde (HFL).
* Em 2021, dados do primeiro semestre no HFL.
Parâmetro de CQH foi o de julho de cada ano.
MS Sup Clín, representa o limite superior do parâmetro para pacientes acima de 60 anos em leitos clínicos.
Anahp e Inca ainda não têm parâmetros para 2021. Sendo assim, repetiu-se o valor de 2020.

Estudos de casos

151. Diante disso, a equipe de auditoria buscou compreender as causas desse desempenho analisando de forma mais detalhada as informações disponíveis em agosto e setembro de 2021.

Dentre todos os pacientes que foram internados em leitos clínicos nesse período, foram selecionados quatro casos (quadro ao lado) em que o tempo de permanência foi elevado.

152. A equipe de auditoria examinou os prontuários desses pacientes em conjunto com a chefia de enfermagem do hospital e apresentou análise detalhada sobre os casos estudados (peça 79). Em todos os casos verifica-se a ocorrência de situação de saúde que contribuiu para o aumento do tempo de permanência. E, em três dos quatro casos, a situação social dos pacientes representou grande desafio para a equipe do hospital organizar a alta com segurança e responsabilidade, interferindo também no prolongamento da internação para além da questão clínica.

153. Algumas considerações adicionais podem ser feitas diante das análises dos prontuários. Verificou-se que os exames laboratoriais não tiveram atraso de uma forma geral, com exceção dos exames de anatomia patológica e citologia oncótica (este último no caso de um dos pacientes demorou seis dias). Exames de imagem, ecocardiograma e ultrassonografia foram executados no dia seguinte da marcação, com exceção das tomografias da paciente 512706, que demorou quatro dias entre a marcação e realização do exame, e mais dois dias para liberação dos laudos.

Nº prontuário	Tempo de internação
277595	27 dias
697105	22 dias
512706	23 dias
306790	41 dias

154. Os pareceres de especialistas foram feitos tempestivamente, com exceção do parecer da cirurgia geral, solicitado pela clínica médica para programação do procedimento de gastrostomia em um dos pacientes. Neste caso, a **demora foi de 34 dias**. Houve demora de três dias no retorno do parecer da ginecologia na avaliação de um dos pacientes. Segundo a chefia de enfermagem, o pedido de parecer é feito pelo E-SUS e o aluno residente da ginecologia é que tem acesso à solicitação. Em seguida, o estudante conversa com o chefe da clínica para viabilizar o posicionamento de um especialista. Isso acaba provocando essa demora. Percebeu-se na análise que a ginecologia e cirurgia geral demoraram mais tempo para retornar os pareceres solicitados. Há registro de solicitação de parecer da clínica médica para a dermatologia avaliar um dos pacientes, mas sem registro do retorno desta solicitação no prontuário.

155. Foi identificado que, em três dos quatro casos analisados, os pacientes apresentaram condições sociais e de saúde que colaboraram para o aumento do tempo de internação. No caso da paciente 697105, registrou-se empenho da equipe multiprofissional em organizar a alta, articulando com a família o retorno da paciente, visto que esta apresenta situação de saúde que exige apoio familiar, além da necessidade de uso de medicações controladas para analgesia em função do estado avançado do câncer.

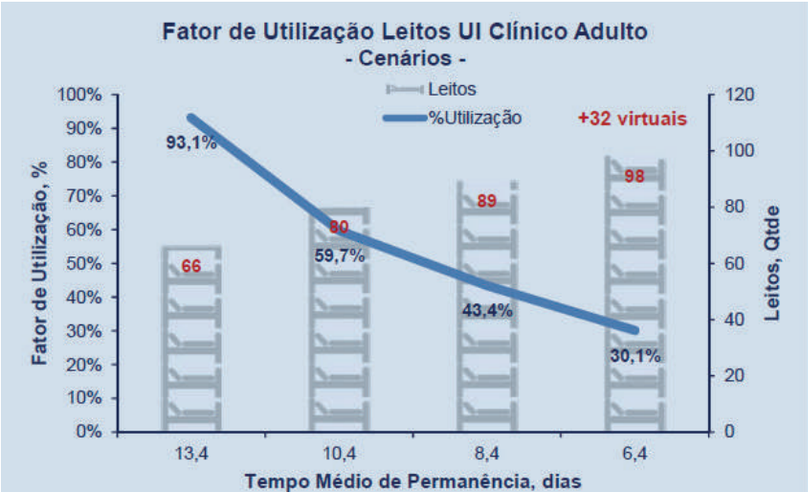
156. Com base nas entrevistas realizadas, especialmente com o núcleo interno de regulação do hospital - NIR e com a chefia de enfermagem, e nos estudos de casos efetuados, percebeu-se que não existe uma equipe específica no hospital especialmente voltada para a gestão da alta do paciente desde sua admissão. Além disso, não se percebeu uma atuação mais proativa do hospital junto às equipes de saúde na atenção primária para qualificar a transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

157. Em todos os casos verificou-se a importância e necessidade de uma rede de atenção estruturada e articulada no território, onde a atenção primária, juntamente com a média e alta complexidade tenham compromisso com a integralidade do cuidado do paciente, tenham fluxos estabelecidos, factíveis de serem cumpridos, que garantam a continuidade do cuidado de que necessita.

158. Finalmente, para reforçar esse entendimento, cabe destacar trecho que havia no contrato em vigor até fevereiro de 2020 (peça 95) entre o município do Rio de Janeiro/RJ e o HFL em seu subitem 5.7: "todos os usuários em condições de alta devem ser contrarreferenciados às suas respectivas Unidades de Atenção Primária ou ao Município de origem com resumo da história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente, alta e plano de acompanhamento."

Efeitos

Gráfico 5 – Indicação do potencial ganho em eficiência com a queda no tempo médio de permanência.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2020), no projeto Lean nas Emergências no HFL.

159. O aumento do tempo de permanência reduz a eficiência do hospital e pode interferir negativamente na entrega de valor para a sociedade, especialmente quando as causas dessa demora na estada do paciente não se relacionam com esforços para melhores resultados assistenciais, configurando-se em desperdício de recursos e aumento desnecessário dos custos para o contribuinte.

160. No gráfico 5 acima, pode-se observar que a redução da média no tempo de permanência pode fazer com que os leitos estejam disponíveis para mais pacientes que estão na fila para serem atendidos. Uma queda de sete dias nesse indicador significava em 2019 um aumento virtual de 32 leitos, em um universo de 66 leitos operacionais disponíveis à época no HFL. Isso pode ocorrer sem qualquer investimento adicional em termos de infraestrutura.

Boas práticas na gestão da alta

161. No âmbito do projeto eficiência hospitalar, coordenado pelo TCU, obteve-se acesso à experiência do Grupo Hospitalar Conceição na utilização do escritório de gestão de altas, especialmente na transição do cuidado entre a atenção especializada de média e alta complexidade e a atenção primária à saúde.

162. Nesse escritório, liderado por um médico hospitalista, os objetivos principais são diminuir o tempo de internação hospitalar, aumentar a qualidade assistencial, monitorar reinternações não eletivas em trinta dias e garantir a transição segura pós-alta hospitalar, especialmente em pacientes de maior complexidade.

163. Os detalhes dessa experiência, suas peculiaridades e os resultados podem ser acessados em dois vídeos gravados no âmbito dos estudos de casos promovidos pelo projeto eficiência hospitalar. Seguem os links para acesso: https://youtu.be/Hv33-FoEosc e https://youtu.be/Oq9sD0vFT5M .

Proposta de encaminhamento

164. Diante de tudo que foi exposto, considerando-se especialmente os fatores que têm potencial de melhorar a gestão da alta segura hospitalar no HFL, cabe expor a proposta abaixo que deve ser apreciada pelos gestores da unidade auditada em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

165. Recomendar ao hospital estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa.

166. Além disso, no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres.

Capítulo 3.4 – Oportunidades de melhoria na produção cirúrgica e na gestão dos leitos cirúrgicos

168. O HFL apresenta uma taxa de cancelamento cirúrgico de aproximadamente 18%, o que significa que, aproximadamente, uma em cada seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a média internacional (Observatório Anahp 2021, p. 31 – peça 106), especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

Descrição da situação encontrada

Critério

169. Não se tem um critério formalizado para cancelamentos cirúrgicos no Brasil. Nada obstante, é incontroverso que o desempenho hospitalar será tão melhor quanto menor for a taxa de cancelamentos cirúrgicos, especialmente em se tratando de hospitais que realizam apenas cirurgias eletivas, como é o caso do HFL.

170. De acordo com a Anahp, publicação anual Observatório 2021, estudos internacionais indicam que se poderia assumir, em condições normais, uma taxa média de cirurgias eletivas em torno de 8% (p. 31), o que se traduz em aproximadamente um cancelamento a cada doze cirurgias.

171. O HFL identifica seus cancelamentos cirúrgicos como "suspensão" cirúrgica, que neste relatório será tratado como sinônimo de "cancelamento".

Taxa de cancelamento cirúrgico no HFL

172. A taxa de cancelamento cirúrgico observada no HFL foi de 18% em 2021 (janeiro a agosto) e de 17,9% em 2019.

173. Apesar da pandemia do Covid-19, não há diferença significativa entre a taxa de cancelamento observada em 2021 (pós-pandemia) e 2019 (pré-pandemia). Na verdade, em período mais anterior, as taxas de cancelamento cirúrgico eram ainda piores a essas. O projeto Lean no Centro Cirúrgico identificou taxas de suspensão cirúrgica entre 20% e 24% entre os meses fevereiro a abril de 2019, o que motivou o projeto a atuar para reduzir o tal índice de cancelamentos.

174. Essa baixa variação dos cancelamentos apesar da pandemia pode ser explicada pela forma como a taxa de cancelamentos no HFL é calculada. No cálculo, só se considera um procedimento como cancelado/suspenso quando ele é efetivamente agendado no mapa cirúrgico. Assim, com o advento da pandemia e subsequente paralisação de cirurgias eletivas em todo o país, procedimentos que foram afetados por tal medida sequer foram agendados e, assim, não são capturados no índice de suspensão cirúrgicas calculado a partir dos dados informados pelo hospital.

Quadro 15 - Cirurgias agendadas e canceladas – HFL 2019 e 2021

Período	Agendadas	Canceladas	Taxa de cancelamento
2021 (Jan – Ago)	3.268	588	18,0%
2019 (Jan – Dez)	7.647	1.370	17,9%

Fonte: HFL, resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, item 2.6, alíneas "a" e "b".

Obs.: os dados de 2021 correspondem aos meses de janeiro a agosto, pois a solicitação dos dados pela equipe se deu em setembro de 2021, não havendo dados completos para o mês de setembro e subsequentes.

Não comparecimento de pacientes para cirurgia no HFL

175. O principal motivo identificado para explicar as altas taxas de cancelamento de cirurgias no HFL é o não comparecimento do paciente para a realização do procedimento agendado.

176. Segundo relatório do próprio hospital, 21,9% dos cancelamentos em 2021 (jan-ago) e 22,3% em 2019 se deu por não comparecimento do paciente. Esse número elevado sugere oportunidades de melhoria nos processos do HFL pois o paciente que teve seu procedimento agendado já compareceu ao hospital em data anterior para uma consulta pré-cirúrgica, indicando ser pouco provável que sua ausência seja apenas por uma impossibilidade de locomoção até o hospital.

177. É provável que boa parte dessas ausências estejam associadas com outros fatores que não apenas dificuldade de locomoção até o hospital. Agendamento do procedimento para data muito próxima ao contato com o paciente e dificuldade de contato para informar ou confirmar o agendamento ou mesmo ausência de qualquer contato prévio confirmando o procedimento estão entre eles e podem ser evitados com melhorias em processos de trabalho.

178. Assim, o implemento de rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento, a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial e uma definição da data do procedimento cirúrgico com antecedência razoável podem melhorar o índice de cancelamento por não comparecimento do paciente.

Indisponibilidade de leitos de UTI

179. A falta de disponibilidade de leitos de UTI vem tendo um impacto significativo nos cancelamentos cirúrgicos de 2021. Conquanto a falta de leito hospitalar seja pouco indicada como motivo de cancelamento nos relatórios do HFL (2,2% em 2021 e 0,7% em 2017), a indisponibilidade de leitos de UTI foi apontada como um dos principais gargalos da produção cirúrgica planejada do hospital, tanto em entrevista com o chefe do centro cirúrgico, Dr. Gustavo Leal, quanto em entrevista com o diretor interino do hospital, Dr. Marcelo Gorgulho Cosentino.

180. Essa aparente contradição é explicada pelo fato de que a indisponibilidade de leito de UTI para acomodar pacientes cirúrgicos costuma ser registrado como um "atraso na cirurgia anterior", uma vez que a baixa previsibilidade sobre a disponibilidade do leito, quando não gera o cancelamento da própria cirurgia que precisa da UTI, cancela a próxima cirurgia agendada por atraso. Em 2021 (jan-ago), 19,5% dos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos programados se deram por atraso na cirurgia anterior.

181. Em setembro de 2021, o HFL possuía apenas nove leitos de UTI adulta e sete leitos de UTI pediátrica. A escassez desse recurso é agravada pelo fato de que tais leitos são disputados também por pacientes clínicos, que costumam apresentar tempo médio de permanência muito superior aos pacientes cirúrgicos. Essa ausência de segregação de fluxo, explica a baixa previsibilidade na disponibilidade de leitos de UTI e a concorrência entre pacientes com diferentes necessidades (clínicos x cirúrgicos) pelo mesmo recurso (leito de UTI).

182. A partir desses fatos, cabe à direção do HFL avaliar a possibilidade de segregar fluxo e designar leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos e para pacientes clínicos, mesmo com esse baixo número de leitos de UTI operacionais. Com a segregação de fluxo e a designação de leitos, espera-se aumentar a previsibilidade na disponibilidade desse recurso e, assim, reduzir a incidência de atraso ou cancelamento na cirurgia decorrente de incerteza na liberação do leito de UTI.

183. Sobre essa proposta, a direção do HFL comentou que já possui leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos (unidade pós cirúrgica – UPO). Entretanto, os leitos se encontram fora de uso por falta de recursos humanos (peça 121, p. 1).

184. A respeito dos comentários oferecidos pelo gestor acerca da proposta de designação de leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, ainda que o HFL já tenha tido uma UPO, atualmente fora de operação, a recomendação continua válida. Mesmo havendo menos leitos disponíveis atualmente, a designação de leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos num hospital que se diz eminentemente cirúrgico poderia reduzir os cancelamentos por atrasos de cirurgia anterior e aumentar a previsibilidade no uso desse recurso escasso. Por esse motivo, a proposta será mantida.

Não ocupação de todas as salas cirúrgicas

185. Durante o curso dos trabalhos dessa fiscalização, o HFL possuía recursos para manter em operação sete salas cirúrgicas de um total de doze. Contudo, observou-se que nem sempre o centro cirúrgico mantém o funcionamento concomitante das sete salas. É o que se observa no exemplo da escala do centro cirúrgico da semana de 12 a 16 de julho.

Figura 11 – Escala do centro cirúrgico do HFL na semana de 12 a 16 de julho de 2021

HORÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO
15 DE JULHO 2021

TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
2ª FEIRA								
M		OFT	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	ORT
T		X	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	CCP
3ª FEIRA								
M	ORL	x	x	PROCT	URO	PLAST	TORAX	ORT
T	ORL	x	X	PROCT	URO	MP	TORAX	ORT
4ª FEIRA								
M	ORL		CIPE	GER	NEURO		VASC	GIN
T	X	OFT	CIPE	GER	NEURO		VASC	ORT
5ª FEIRA								
M	ORL	x	TORAX	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
T	ORL	x	VASC	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
6ª FEIRA								
M		OFT	x	GER	URO	ORL	VASC	GIN
T		OFT	x	GER	URO	PLAST	VASC	GIN

Fonte: Equipe do Hospital Federal da Lagoa (Peça 96).

186. Observando a escala, nota-se que há agendamento para apenas seis das sete salas disponíveis na terça-feira, quarta-feira, sexta-feira e o período vespertino de segunda-feira. As sete salas só possuem agenda concomitante na quinta-feira e no período matutino de segunda-feira. Não há cirurgias nos fins de semana por se tratar de um hospital que realiza apenas cirurgias eletivas (agendadas), excetuando-se emergências de pacientes que já estejam internados.

187. Resgata-se que a equipe do Lean no Centro Cirúrgico se deparou com situação semelhante em 2019, quando as doze salas ainda eram operacionais, observando ociosidade recorrente entre as salas no período vespertino. Além disso, verificou-se a prática recorrente de cancelar inteiramente os agendamentos de uma das doze salas, alegando falta de recursos humanos.

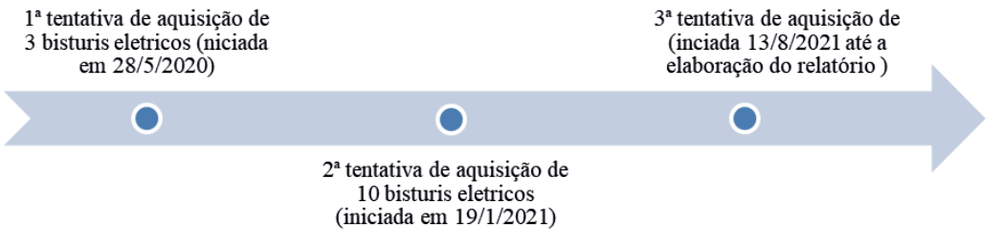
188. A equipe do Lean analisou, à época, o quadro de RH do centro cirúrgico e concluiu que havia recursos humanos para manter as então doze salas em franca operação. Contudo, as doze salas não voltaram a funcionar por falta de dois bisturis elétricos que seriam repostos em maio de 2019. Além de os dois bisturis não serem repostos até novembro de 2021, passaram a ser até este momento cinco unidades sem condições de operação.

189. Isso posto, a situação encontrada pela equipe Lean não difere da que foi em essência encontrada nesta fiscalização. Assim, a gestão do HFL deveria buscar manter o funcionamento das sete salas cirúrgicas o tanto quanto fosse possível, evitando ociosidades e reduzindo desperdícios.

Atrasos injustificados na aquisição de equipamentos essenciais ao centro cirúrgico

190. Sobre a falta de bisturis elétricos, equipamento considerado indispensável para a sala cirúrgica, interrupções longas em sua aquisição, sem justificativas, são uma das principais razões pelas quais, a situação não se resolveu e, sim, se agravou (análise detalhada na peça 100). A figura a seguir ilustra a redundância de iniciativas infrutíferas para adquirir o equipamento.

Figura 12 – Lapso temporal do processo SEI 33408.076105/2020-68.



Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 5, subitem 2.1. Processo SEI 33408.076105/2020-68 (aquisição 10 bisturis elétricos).

191. Entre o primeiro intervalo temporal, de 28/5/2020 até 19/1/2021, o processo ficou pendente de despacho pela Comissão de Avaliação para aquisição de material permanente. Já entre o segundo, de 19/1 a 13/8/2021, embora tenha havido algumas movimentações, somente em agosto de 2021 a área clínica cirúrgica concluiu que nenhuma ata possuía o item com requisitos técnicos compatíveis com a necessidade do hospital. Disso, decidiu-se abrir um processo próprio de registro de preços, estando em trâmite com alguns hospitais federais (Bonsucesso, Ipanema) com interesse em participar (peça 99, p. 229-309).

192. A situação sugere um baixo comprometimento por parte da clínica cirúrgica com a celeridade do processo, uma vez que ela é a principal usuária do equipamento e tardou em se manifestar sobre os requisitos de compatibilidade dos equipamentos com possibilidade de aquisição via ata. Situação semelhante também foi constatada com outro equipamento específico da dermatologia, a tentativa de aquisição do eletrocautério BP 100 plus e bisturi elétrico. O processo foi iniciado em 10/12/2020 e, no entanto, o processo só voltou a ser movimentado em 17/8/2021, passados oito meses, aguardando despacho do chefe das Clínicas Cirúrgicas com encaminhamento para engenharia clínica para compor o descritivo técnico do equipamento.

193. Problemas com atrasos são anteriores ao período analisado, o que pode ser constatado pelo relatório do Lean no Centro Cirúrgico, que já havia identificado a falta de bisturis elétricos em 2019 e foi informada que novos equipamentos seriam entregues ainda naquele ano, fato que nunca ocorreu (Peça, 32, p. 107).

194. Especificamente sobre os atrasos injustificados, a direção do HFL apresentou comentários no sentido de destacar a dificuldade que profissionais técnicos da área da saúde têm em auxiliar os agentes administrativos do hospital na especificação e descrição dos materiais a serem adquiridos, implicando atrasos no processo de aquisição. Os comentários mencionam também mudanças de preferência da área médica devido a superveniência de equipamentos mais modernos durante o processo de aquisição. Por fim, a direção do HFL admite que, no caso da aquisição dos bisturis elétricos, o processo de aquisição está demasiadamente atrasado e que, apesar disso, o hospital consegue manter seu parque tecnológico em funcionamento por meio de seu serviço terceirizado de engenharia clínica e cita que os bisturis elétricos que estavam fora de uso durante a auditoria foram reparados (peça 120, p. 4-5).

195. Os comentários oferecidos pela direção do HFL corroboram fragilidades e deficiências no processo de compras do hospital. A comunicação entre a área da saúde com a administrativa necessita de melhorias e um eventual comportamento impremeditado em se alterar especificações de equipamentos durante um processo já iniciado deve ser avaliado com cautela. Sobre o reparo dos bisturis elétricos, conquanto o fato seja positivo, deve-se relembrar que alguns dos equipamentos já estavam fora de uso desde 2019 e, por conseguinte, torna a afirmação de que o hospital consegue manter seu parque tecnológico em condições de funcionamento digna de ceticismo.

196. Diante disso, concluiu-se que os processos de compras de equipamentos indispensáveis ao CC podem ser melhorados. O estabelecimento de prazos limites para que as clínicas se manifestem em processos como esse, que, caso não sejam respeitados, tenham alguma consequência para o chefe de clínica omisso é uma alternativa a ser avaliada pela direção da unidade. Outra medida capaz de minimizar o risco de situações como a da compra dos bisturis elétricos é melhorar a comunicação interna do hospital entre as áreas clínicas e as áreas administrativas.

Regras remuneratórias ineficientes

197. As regras remuneratórias vigentes desfavorecem uma maior produtividade cirúrgica no HFL. O médico, seja ele estatutário ou contratado temporariamente pelo HFL, terá uma remuneração mensal fixa, independentemente da quantidade de procedimentos que realizar no mês. Na iniciativa privada, por outro lado, o mesmo profissional receberá honorários para cada procedimento executado, isto é, sua remuneração será tão maior quanto for sua produção.

198. No HFL, o responsável por agendar o procedimento cirúrgico é a própria clínica que operará o paciente, assim, ela poderá escolher quantos pacientes operará por semana. Considerando que não há qualquer remuneração adicional por maior produtividade, a tendência é que o número seja inferior à disponibilidade da clínica. Além disso, se a remuneração do médico é fixa, logo, quanto menos procedimentos ele realizar, maior será seu ganho por procedimento. Se essa dinâmica não for reconhecida como um incentivo à ineficiência, ela ao menos retarda ou impede a implantação de otimizações em processos que seriam capazes de incrementar o desempenho da unidade.

199. Situação semelhante também ocorre com médicos anestesistas que, embora não agendem os procedimentos, podem restringir sua disponibilidade e comprimir a agenda cirúrgica do hospital. Pois, novamente, não há qualquer incentivo para que o profissional seja mais produtivo, tendo uma remuneração fixa em sua prestação na unidade pública, enquanto em unidades privadas o profissional aufere honorários para cada anestesia realizada.

200. Essa assimetria nas regras remuneratórias é potencial causa de grande ineficiência, não só no HFL, mas em qualquer unidade que adote regras remuneratórias semelhantes.

201. Sobre o tema, a direção do HFL comentou sobre proposta de encaminhamento preliminar que recomendava avaliar a possibilidade de contratação de serviços de anestesiologia por meio de contrato de prestação de serviços terceirizados. Os gestores alegaram que tal possibilidade é vedada pelo art. 3º, inciso IV, do Decreto 9.507/2018, uma vez que há no plano de cargos do Ministério da Saúde o cargo de médico anestesista. O dispositivo veda a contratação (execução indireta) de serviços inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão, exceto em casos de extinção da carreira (peça 121, p. 2). Sendo assim, a proposta foi removida do relatório final.

Proposta de encaminhamento

202. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar as causas das situações encontradas expostas nesse capítulo. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

203. Recomendar ao HFL as seguintes providências:

a) implementar rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento e a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;

b) avaliar designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;

c) estabelecer prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabelecer metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e

d) buscar manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

4. Conclusão

204. Com base na visão geral sobre o objeto, percebeu-se que não há uma definição clara acerca do papel do HFL na rede de atenção. Há uma extensa gama de serviços ofertados em diferentes especialidades, fato que dificulta a profissionalização do hospital em um nicho mais estreito de procedimentos de alta complexidade. Em virtude dessa imprecisão nos objetivos do hospital, há dificuldades no direcionamento das ações por parte dos atores envolvidos na estrutura de governança que cerca a unidade. Nessa seara, vale destacar também que o público-alvo do hospital, a população do estado do Rio de Janeiro, não é representada de forma direta, dado que é a União, por meio da SEMS/RJ, que estabelece formalmente suas metas assistenciais. Não há contratos em vigor envolvendo o estado ou a capital fluminense.

205. Outra questão relevante é a carência de instrumentos efetivos para fomentar um melhor desempenho por parte do HFL. O montante de recursos recebidos pelo hospital ou pelos seus funcionários não sofrem interferências diretas dos resultados alcançados pela unidade. Portanto, não há incentivos calibrados para que o hospital seja mais eficiente em suas ações ou ajuste sua

oferta para atender as necessidades de seus beneficiários. Essa é uma das limitações existentes no modelo de gestão adotado para os hospitais federais no estado do Rio de Janeiro.

206. Diante desse contexto, o primeiro achado de auditoria revela que o HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em qualidade, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital no período analisado, principalmente por carência de enfermeiros e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal temporário utilizado para manter 37 % da força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada. Existem também problemas relacionados ao envelhecimento dos servidores efetivos, os quais não têm sido repostos desde 2010.

207. O segundo achado identifica dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, consequentemente, não direciona as ações assistenciais para satisfação do seu usuário.

208. O terceiro ponto trabalhado pela equipe de auditoria é o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL, os quais estão acima dos parâmetros de boas práticas, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas já existentes na unidade.

209. Finalmente, identificou-se uma taxa de cancelamento cirúrgico de cerca de 18%, o que significa que, aproximadamente, uma dentre seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a referência internacional de 8%, especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

5. Propostas de encaminhamento

210. Diante de todo o exposto, propõe-se: 210.1. Recomendar ao Ministério da Saúde, em especial à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, no Guia Prático de Análise *Ex Post* de Avaliação de Políticas Públicas da Presidência da República, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o Hospital Federal da Lagoa que leve em conta:

a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;

b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;

c) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:

c.1) flexibilidade no recrutamento de pessoal;

c.2) a especialização do corpo técnico;

c.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e

d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos. 210.2. Recomendar ao Hospital Federal da Lagoa, com fundamento no art. 11 da

Resolução-TCU 315/2020, com base no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da CF/88 e em homenagem à celeridade no acesso à assistência à saúde, defendida na Política Nacional de Regulação do SUS, que:

a) encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas;

b) realize estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa;

b.1) no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres;

c) implemente rotinas de confirmação de comparecimento do paciente acerca da data de seu procedimento cirúrgico e estabeleça rotina de atualização cadastral dos contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;

d) avalie designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;

e) estabeleça prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabeleça metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e

f) busque manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

210.3. Nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relatar ao colegiado no sentido de monitorar as recomendações contidas nos parágrafos 210.1 e 210.2, respectivas alíneas."

É o relatório.

VOTO

Apresento os resultados da auditoria, de viés operacional, realizada com o objetivo de avaliar a eficiência e identificar possíveis desperdícios na prestação de serviços pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL), vinculado ao Ministério da Saúde e situado na cidade do Rio de Janeiro.

2. Cumpre observar que a presente fiscalização veio a propósito também de testar e validar o Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares, que define o roteiro e as diretrizes a serem seguidos na análise de desempenho dos hospitais federais, conforme modelagem aprovada no âmbito do TC 015.993/2019-1 (Acórdão 1108/2020-Plenário, Relator Ministro Benjamin Zymler).

3. Na esteira do Referencial, ao lado das normas de regulação do Sistema Único de Saúde, foram formuladas as questões para a auditoria no HFL, sobre se a disponibilidade de pessoal proporciona adequado funcionamento do hospital; se o hospital oferece acesso compatível com o seu público-alvo; se o fluxo de atendimento de pacientes clínicos corresponde aos padrões de excelência; e se a taxa de suspensão de cirurgias está dentro dos limites normalmente admitidos.

4. Antecipo que se trata de um trabalho de alto nível empreendido pela SecexSaúde, com abordagem clara e muito informativa, tendo todos os quesitos de interesse sido respondidos com apontamentos significativos para a melhoria dos serviços prestados pelo HFL.

5. De modo sintético, as principais situações verificadas no HFL, que comprometem a entrega de benefícios à população, dizem respeito à falta de servidores, notadamente enfermeiros; à inexistência de incentivos à produção; ao impedimento do uso de leitos; à ausência de gestão da alta de pacientes; ao desaproveitamento de salas cirúrgicas; à elevada taxa de cancelamento de cirurgias; e ao distanciamento do hospital em relação às enfermidades locais mais comuns.

6. Antes de detalhar os referidos achados, convém dizer um pouco do HFL. Em traços gerais, é um hospital dedicado aos serviços de alta e média complexidade, eminentemente cirúrgico em várias especialidades, mas que previamente presta atendimento clínico aos pacientes. Conta também com uma pequena parte ambulatorial.

7. É considerado um hospital de tamanho intermediário, tendo 249 leitos de internação e 12 salas de cirurgia. Seu orçamento anual gira em torno de R$ 255 milhões, sendo 67% para o pagamento de pessoal, feito diretamente pelo Ministério da Saúde, e o restante, que é gerido pela própria direção do HFL, para cobertura das demais despesas.

8. O acesso ao atendimento hospitalar é regulado pelo município e pelo estado do Rio de Janeiro, conforme as vagas disponibilizadas pelo HFL para agendamento. No entanto, há vagas que são preenchidas diretamente pelo hospital, no caso de pacientes em retorno.

9. Prossigo, adiante, nas constatações da equipe de auditoria.

10. Quanto à primeira delas, a insuficiência de pessoal já é um problema crônico no serviço público como um todo, que atinge severamente também os hospitais federais, não obstante a assistência à saúde se colocar no topo das necessidades humanas.

11. No caso do HFL, segundo sua própria direção, atualmente seriam precisos mais 613 funcionários, distribuídos em dezenas se categorias, para que o hospital tivesse pleno funcionamento.

12. Porém, longe de ganhar solução, a dificuldade tende a se agravar, devido ao envelhecimento dos servidores efetivos. Dentro de cinco anos, o HFL poderá ainda ficar sem quase 25% dos que tem hoje, uma vez que estarão aptos à aposentadoria.

13. Desde o último concurso público, em 2005, o HFL tem se valido da contratação de trabalhadores temporários para suprir, em regime emergencial, parte da perda de servidores, graças à decretação de calamidade pública no setor hospitalar público do estado do Rio de Janeiro, que, por absurdo que seja, já perdura mais de 16 anos.

14. Na prática, 37% dos funcionários que lidam com o atendimento hospitalar são temporários, fazendo o HFL se sujeitar à constante rotatividade e consequentemente inexperiência de parcela expressiva do seu quadro clínico.

15. Evidentemente, a escassez de pessoal é um importuno não por si mesmo, mas pelas consequências adversas que gera, entre as quais a impossibilidade do uso de leitos e o cancelamento de cirurgias.

16. No HFL, a falta de médicos e mais ainda de enfermeiros consiste no fator principal que impede a oferta de 33% a 53% do total de leitos do hospital, algo que é motivo de repúdio.

17. Ao tornar interditados também leitos de UTI, o número insatisfatório de assistentes contribui ainda para o cancelamento de cirurgias, cujo índice, no HFL, está bem acima da medida.

18. Portanto, a carência de pessoal impacta gravemente na eficiência do HFL, acarretando o desperdício das suas instalações e, no final das contas, que mais choca, o sofrimento físico e até a vida de pessoas que ficam desamparadas do tratamento da saúde no devido momento.

19. Mesmo assim, conforme destacado pela equipe de fiscalização, poderiam ser tomadas algumas iniciativas que, a rigor, não dependem de novos investimentos para que mais gente possa se servir do hospital.

20. Por exemplo, é aconselhável que o HFL institua uma política de gerenciamento da alta segura de pacientes em progresso de recuperação, que poderiam ser contrarreferenciados (transferidos para unidades hospitalares da rede de atenção primária) ou mesmo liberados para os seus municípios de origem.

21. É que o HFL apresenta elevada taxa de permanência de pacientes em leitos de internação clínica, na casa de 14 dias, enquanto o Ministério da Saúde a delimita ao máximo de 9 dias (média para pacientes de 15 a 59 anos e de mais de 60 anos) e os hospitais de excelência, a 4,59 dias.

22. De acordo com o relatório de auditoria, tendo em conta os dados de 2019, uma redução de sete dias no tempo de ocupação representaria 32 leitos disponíveis para outros pacientes.

23. Obviamente que providências como a indicada são de conhecimento no meio hospitalar. Aparentemente, entretanto, falta motivação do hospital para implantá-las, sendo uma das possíveis causas, na opinião dos auditores, a inexistência de estímulos financeiros para que possa haver superação de metas.

24. Favorece o estado de letargia para mudanças a circunstância de que os hospitais federais têm orçamentos fixos ano a ano, significando que, independentemente do número de atendimentos que realizem, ou do seu grau de performance, os recursos disponibilizados são sempre os mesmos.

25. Sem desprezar a conscientização que os servidores do HFL certamente têm dos seus deveres, é fato que, como em qualquer outra carreira, gratificações de desempenho por qualidade e quantidade, quando bem implementadas, propiciam o incremento da entrega de serviços.

26. A título de ilustração, na parte cirúrgica, tão sensível para a população e que constitui a característica mais marcante do HFL, poderia haver mais empenho, no entendimento da equipe de auditoria, mas é o próprio médico-cirurgião que define quantos procedimentos fará por semana, sem que um número maior ou menor influencie na sua remuneração.

27. Por sinal, outros aspectos ainda repercutem negativamente na eficiência do centro cirúrgico, a começar pela alta taxa de cancelamento de operações, por volta de 18%, sendo mais do que o dobro da média referencial, de 8%.

28. O não comparecimento do paciente é o principal motivo para o cancelamento de cirurgias, respondendo por algo como 22% dos casos. Contudo, em boa medida, a anormalidade pode advir de falha do HFL na organização do agendamento, que costuma ocorrer muito próximo da data do procedimento, dificultando o deslocamento do paciente ou mesmo o seu contato. Desse modo, daí sobressai uma oportunidade de melhoria no processo de trabalho do HFL.

29. Como segunda causa dos cancelamentos, com cerca de 19,5% das situações, aparece a indisponibilidade de leitos de UTI, seja pela já comentada falta de servidores especializados, seja pelo uso do espaço por pacientes da internação clínica.

30. É que, embora o HFL tenha 16 leitos preparados como UTI (nove adultos e sete pediátricos), eles não são exclusivos para cuidados intensivos, sendo rotineiramente ocupados por pacientes clínicos, impedindo a internação pós-cirúrgica e, consequentemente, a própria realização da cirurgia.

31. Segundo a direção do HFL, já foram instalados leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, mas que não entraram em operação, outra vez por causa da inexistência de servidores em quantidade suficiente.

32. Ademais, a falta de equipamentos também atua como redutor do número de cirurgias que o HFL é capaz de fazer. Das 12 salas cirúrgicas, cinco (quase metade) não podiam ser utilizadas, ao final de 2021, sobretudo por não haver bisturis elétricos.

33. Conforme ressaltado pela equipe de auditoria, os processos de compras de equipamentos médicos sofrem grandes atrasos, devido à dificuldade de diálogo do setor administrativo com o centro cirúrgico, que precisa se manifestar sobre as especificações técnicas, mas não as define no tempo apropriado.

34. É salutar, portanto, que o HFL seja recomendado a fixar prazos para que as unidades participantes dos processos de compras cumpram suas atribuições tempestivamente, de modo a não comprometerem o bom funcionamento do centro cirúrgico por conta de simples inércia.

35. Outra forma de racionalizar o atendimento médico do HFL como um todo consistiria na concentração dos seus esforços em determinados tipos de atenção, mais aderentes aos distúrbios de saúde frequentemente observados na população referenciada.

36. Foi verificado que o hospital é disperso na oferta de serviços, pois reúne um número diversificado de especialidades que nem sempre são do interesse de quem reside na sua zona de influência, fazendo com que vagas não sejam preenchidas por falta de pacientes.

37. Por outro lado, existe alta procura de determinadas especialidades, gerando filas de espera para atendimento, haja vista o restrito conjunto de médicos, enfermeiros e leitos disponível.

38. Consta da regulação do SUS que deve haver adequação das necessidades de saúde da população referenciada com a quantidade e as categorias de serviços proporcionadas. Portanto, para que melhore sua eficiência, compete ao HFL elaborar uma política de gestão que tenha como norte a busca constante do casamento perfeito entre o seu perfil assistencial e as demandas locais.

39. Enfim, há uma enorme equação com várias variáveis que o HFL precisa resolver ou pelo menos simplificar, no caminho de ganhar eficiência. Se existem fatores limitantes reconhecidamente graves, como insuficiência de pessoal, existem também, em contraponto, espaços para otimização dos trabalhos, a exemplo do gerenciamento da alta segura de pacientes e da conformação do seu leque de especialidades ao que seja prioritário.

40. Nesse passo, percebe-se que o HFL, descuidadamente, tem prescindido de uma estrutura de governança que lhe permita avaliar regularmente o desempenho do hospital e, a partir daí, orientar suas ações assistenciais cada vez mais para a satisfação do usuário.

41. São justificadas, desse modo, a meu ver, todas as propostas de recomendações feitas pela SecexSaúde, cujos méritos impende distinguir. Destaco, ainda, que a auditoria teve a participação de servidora do Denasus, a quem fica também o meu elogio e agradecimento.

Diante do exposto, voto para que o Tribunal aprove o acórdão que ora submeto a este Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 20 de abril de 2022.

Ministro VITAL DO RÊGO
Relator

ACÓRDÃO Nº 869/2022 – TCU – Plenário

1. Processo TC 015.144/2021-6.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Auditoria.
3. Interessado: Tribunal de Contas da União.
4. Entidade: Hospital Federal da Lagoa.
5. Relator: Ministro Vital do Rêgo.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: SecexSaúde.
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional, realizada com o objetivo de avaliar a eficiência e identificar possíveis desperdícios na prestação de serviços pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL).

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

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde, em especial à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, no Guia Prático de Análise Ex Post de Avaliação de Políticas Públicas da Presidência da República, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o Hospital Federal da Lagoa que leve em conta:

9.1.1. a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu padrão epidemiológico;

9.1.2. a redefinição da estrutura e dos instrumentos de governança, considerando a satisfação da clientela do hospital, em especial do estado e do município do Rio de Janeiro;

9.1.3. um modelo de contratação de profissionais que consiga proporcionar:

9.1.3.1. flexibilidade no recrutamento de pessoal;

9.1.3.2. especialização do corpo técnico;

9.1.3.3. a institucionalização de incentivos aos servidores. tendo por fim melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão;

9.1.4. a dificuldade existente em contrarreferenciar os pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta o seu tempo de permanência na internação e o giro dos leitos;

9.2. recomendar ao Hospital Federal da Lagoa, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020 e no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da Constituição Federal, bem como em busca da celeridade no acesso à assistência à saúde, orientada pela Política Nacional de Regulação do SUS, que:

9.2.1. encaminhe com a devida antecedência a liberação da sua agenda para os complexos reguladores, a fim de reduzir as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas;

9.2.2. realize estudos com vistas a encontrar alternativas para melhorar a gestão segura de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa;

9.2.3. incluir, no mencionado estudo, a identificação de gargalos nos processos-meio que possam causar o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres, para o fim de eliminá-los ou atenuá-los;

9.2.4. implemente rotinas para confirmação do comparecimento do paciente próximo à data do seu procedimento cirúrgico e estabeleça a prática de atualização cadastral dos contatos do paciente quando da sua consulta ambulatorial;

9.2.5. avalie designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;

9.2.6. estabeleça prazo para as áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento, ou estabeleça metas relacionadas à agilidade, com incentivos para o seu atingimento;

9.2.7. busque manter um quadro cirúrgico suficiente para a ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais;

9.3. determinar o monitoramento das recomendações constantes dos itens 9.1 e 9.2 acima;

9.4. enviar cópia da presente deliberação, com o relatório e voto, ao Ministério da Saúde e ao Hospital Federal da Lagoa;

9.5. arquivar o processo.

10. Ata n° 14/2022 – Plenário.
11. Data da Sessão: 20/4/2022 – Ordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0869-14/22-P.
13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Ana Arraes (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Aroldo Cedraz, Bruno Dantas, Vital do Rêgo (Relator), Jorge Oliveira e Antonio Anastasia.
13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
ANA ARRAES
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
VITAL DO RÊGO
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

RELATÓRIO DE AUDITORIA
COVÊNIOS FUNASA

GRUPO I – CLASSE V – Plenário
TC 012.552/2019-4
Natureza: Relatório de Auditoria
Entidade: Fundação Nacional de Saúde
Representação legal: não há

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA NA MODALIDADE OPERACIONAL COM O OBJETIVO DE AVALIAR A GESTÃO DOS CONVÊNIOS CELEBRADOS PELA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA), EM CUMPRIMENTO AO ACÓRDÃO 2.810/2016-PLENÁRIO. ANÁLISE DA EFETIVIDADE DAS AÇÕES DA FUNASA NA PROMOÇÃO DO SANEAMENTO BÁSICO; DO FLUXO DE CELEBRAÇÃO E EXECUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE REPASSE COM OS MUNICÍPIOS; E DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS DA ENTIDADE. RECOMENDAÇÕES E DETERMINAÇÕES.

RELATÓRIO

Cuidam os autos de relatório de auditoria na modalidade operacional com o objetivo de avaliar a gestão dos convênios celebrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em cumprimento ao Acórdão 2.810/2016-Plenário.

2. A fim de atender ao desiderato do trabalho, foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

"Questão 1: Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?

Questão 2: Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?

Questão 3: Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?"

3. Após a conclusão da fiscalização, a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) elaborou o relatório transcrito parcialmente a seguir, com os ajustes que entendi pertinentes:

"O objeto da auditoria é a gestão dos convênios celebrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Trata-se de uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, cuja responsabilidade é promover o fomento a soluções de saneamento básico para prevenção e controle de doenças, bem como formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Entende-se por saneamento básico, de acordo com a Lei 11.445/2007 (alterada pela Lei 14.026/2020), como o conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas.

Além dos órgãos internos que compõem a Sede em Brasília, a Funasa se desconcentra em 26 superintendências estaduais instaladas nas capitais dos estados brasileiros. São elas que estão mais próximas do público alvo da instituição e que, de maneira geral, formam o braço operacional mais importante no que concerne à execução dos objetos pactuados.

Identificou-se deficiências na sistemática de planejamento, execução, controle e acompanhamento de convênios e termos de compromisso celebrados, que têm impedido à Fundação de realizar a gestão desses instrumentos de repasse de forma eficiente. Por essa razão, julgou-se necessário avaliar a eficiência e a efetividade do sistema de gestão dos instrumentos de repasse. A fim de dar resposta ao problema descrito, ele foi desdobrado para análise em três questões de auditoria referentes à gestão das três principais fases necessárias à pactuação do instrumento: celebração, execução e prestação de contas.

A auditoria foi realizada em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria - TCU 280/2010) e com observância aos princípios e padrões estabelecidos pelo TCU em seu Manual de Auditoria Operacional. Trata-se de trabalho eminentemente qualitativo no qual foram realizadas pesquisas bibliográficas, análise dos Acórdãos exarados pelo TCU relacionados com a gestão de convênios da Funasa, bem como reuniões com gestores da entidade.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se de questionário eletrônico elaborado a partir da ferramenta limesurvey para levantar informações de Deputados Federais destinadores de emenda parlamentar e de prefeitos de municípios com até cinquenta mil habitantes. Utilizou-se, ainda, de dados extraídos dos sistemas Siga e BI Funasa, bem como do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi).

A grande quantidade de inconsistências observadas nos dados dos sistemas disponibilizados foi a principal limitação desta auditoria.

Dentre os principais problemas encontrados, destacam-se: insuficiência das ações desenvolvidas para a prevenção e controle das doenças e agravos decorrentes da inexistência ou da inadequação dos serviços de saneamento básico; reduzido quadro de pessoal especializado para a realização de visitas técnicas, acompanhamento e fiscalização de obras; desalinhamento entre a alocação e aplicação de recursos orçamentários e a capacidade operacional da entidade; incapacidade de realização de repasse de recursos aos convenentes de forma célere e eficiente; demora na conclusão dos objetos contratados e ausência de medição de resultados dos convênios celebrados para subsidiar o processo de tomada de decisão e para a elaboração de estratégias de melhoria das ações empreendidas.

A partir dessas principais constatações e visando contribuir para a melhoria efetiva do sistema de gestão de convênios da Funasa, o Tribunal fez estas recomendações, entre outras: utilização de dados epidemiológicos como critério de elegibilidade e priorização para formalização dos instrumentos de repasse; adequação, ao longo do tempo, do portfolio de atuação da entidade à capacidade operacional e aos recursos orçamentários disponíveis; revisão do processo de programação e liberação financeira de recursos aos convenentes; simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de repasse; prestação de serviços de cooperação técnica e apoio à gestão municipal; realização de parcerias para apoiar as prefeituras na elaboração dos projetos básicos; promoção de maior transparência e instituição de mecanismos de controle social na execução de cada uma das atividades de gestão dos instrumentos de repasse; realização do perfil profissiográfico para auxiliar a determinar as características desejáveis de seus servidores; correção das inconsistências dedados dos instrumentos de repasse, de forma a possibilitara extração de informações e geração de relatórios gerenciais confiáveis e úteis.

Espera-se com a implementação dessas recomendações contribuir para que se atinja os seguintes resultados: dotar a Fundação de sistema de gestão de convênios eficiente em todas as suas fases; simplificar procedimentos para celebração de instrumentos que sejam claros, entendíveis e de fácil acesso ao público alvo; resolução dos problemas operacionais, orçamentários e financeiros verificados; dotar os municípios alvo de saneamento básico, conforme compromissos assumidos tanto interna quanto internacionalmente; e contribuir para a redução de doenças e agravos no Brasil ocasionados pelas condições inadequadas de saneamento.

Lista de siglas

- *Cgcon - Coordenação Geral de Convênios*
- *Cgofi - Coordenação Geral de Programação Orçamentária e Financeira*
- *Densp - Departamento de Engenharia de Saúde Pública*
- *Desam - Departamento de Saúde Ambiental*
- *Direx - Diretoria Executiva*
- *FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública*
- *Funasa - Fundação Nacional de Saúde*
- *GND - Grupo de natureza de despesa*
- *GT - Grupo de trabalho*
- *IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*
- *IDH - Índice de Desenvolvimento Humano*
- *MDR - Ministério do Desenvolvimento Regional*
- *MS - Ministério da Saúde*
- *OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde*
- *PAC - Programa de aceleração do crescimento*
- *PCA - Processo de Cobrança Administrativa*
- *Plansab - Plano Nacional de Saneamento Básico*
- *PMSB - Plano Municipal de Saneamento Básico*
- *PNSR - Programa Nacional de Saneamento Rural*
- *PSBR - Programa de Saneamento Brasil Rural*
- *ONU - Organização da Nações Unidas*
- *RA - Relatório de andamento*
- *RVT - Relatório de visita técnica*
- *Siga – Sistema Integrado de Ações da Funasa*
- *SIM - Sistema de informação de mortalidade*
- *Sinisa - Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico*
- *SNABS - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde*
- *SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento*
- *SNPES - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde*

- *Sucam - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública*
- *Suest - Superintendência Estadual da Funasa*
- *TCE - Tomada de contas especial*
- *TED - Termo de execução descentralizada*
- *Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância*
- *WHO - World Health Organization*

(...)

1. Introdução

1.1 Deliberação que originou o trabalho

1. A auditoria foi motivada em razão do item 9.3.2 do Acórdão 2810/2016-TCU-Plenário (TC 011.421/2015-0), Rel. Raimundo Carreiro:

"9.3.2. programe a realização de uma fiscalização destinada a avaliar o sistema de gestão dos convênios da Fundação Nacional de Saúde (Funasa);"

1.2 Visão geral do objeto

1.2.1. A Funasa

2. A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é uma fundação pública federal, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. Surgiu com o Decreto 100, de 16 de abril de 1991, autorizado pelo art. 14 da Lei 8.029, de 12 de abril de 1990, como resultado da fusão de vários segmentos da área de saúde, entre os quais a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), além da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES).

3. Em consonância com o Decreto 8.867/2016, é responsável em promover o fomento a soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

4. As ações de inclusão social, por meio da saúde, são realizadas com a prevenção e controle de doenças e agravos ocasionados pela falta ou inadequação nas condições de saneamento básico em áreas de interesse especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos e reservas extrativistas.

5. Os investimentos visam intervir no meio ambiente, na infraestrutura dos municípios de até cinquenta mil habitantes, prioritariamente, e nas condições de vida de populações vulneráveis.

6. A Funasa também presta apoio técnico e/ou financeiro no combate, controle e redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças de veiculação hídrica ou causadas pela falta de saneamento básico e ambiental.

7. Essas ações estão inseridas no Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), do Ministério do Desenvolvimento Regional, que consiste no planejamento integrado do saneamento básico, incluindo os quatro componentes:

a) abastecimento de água potável;

b) esgotamento sanitário;

c) manejo de resíduos sólidos, e;

d) drenagem das águas pluviais urbanas.

8. Releva destacar que a Lei 11.445/2007 (alterada pela Lei 14.026/2020) é considerada um marco regulatório para o setor de saneamento no Brasil, pois estabelece as diretrizes nacionais e os princípios para a universalização do acesso ao saneamento.

9. Dentre os princípios fundamentais adotados pela Lei 11.445/2007 para que os serviços públicos de saneamento básico devam guiar-se, destacam-se (art. 2º):

a) universalização do acesso e efetiva prestação do serviço, definida pela Lei como sendo a ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico;

b) integralidade, compreendida como o conjunto de atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento que propicie à população o acesso a eles em conformidade de suas necessidades e maximize a eficácia das ações e dos resultados;

c) disponibilidade, nas áreas urbanas, de serviços de drenagem e manejo das águas pluviais, tratamento, limpeza e fiscalização preventiva das redes, adequados à saúde pública, à proteção do meio ambiente e à segurança da vida e do patrimônio público e privado; e

d) transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados.

10. A Funasa também assumiu a responsabilidade de elaborar e implementar o Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), que passou a ser chamado de Programa de Saneamento Brasil Rural (PSBR), e prevê, em vinte anos, melhorias nas condições sanitárias da população rural brasileira, com investimentos totais, em medidas estruturais e estruturantes, no montante de R$ 218.940.000.000,00. Sob a coordenação da Funasa, o PSBR compreende principalmente:

a) fomento à implementação das ações estruturais e estruturantes em saneamento rural;

b) articulação com outros entes federais, estaduais, municipais e a sociedade civil organizada;

c) estímulo à implantação do Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Sinisa);

d) constituição da Sala de Coordenação e Acompanhamento do Programa Saneamento Brasil Rural;

e) monitoramento, avaliação e revisão do Programa.

1.2.2. O problema do saneamento no mundo e no Brasil

1.2.2.1. O Saneamento no Mundo

11. Em todo o mundo, cerca de três em cada dez pessoas (2,1 bilhões) não têm acesso a água potável e disponível em casa; e seis em cada dez (4,5 bilhões), carecem de saneamento seguro (WHO, 2017).

12. Das 2,1 bilhões de pessoas que não possuem água gerenciada de forma segura, 844 milhões não têm nem um serviço básico de água potável. Isso inclui 263 milhões de pessoas que precisam gastar mais de trinta minutos de viagem para coletar água de fontes distantes de casa e 159 milhões que ainda bebem água não tratada de fontes de água superficiais, como córregos e lagos.

13. Das 4,5 bilhões de pessoas que não possuem saneamento gerenciado de forma segura, 2,3 bilhões ainda não têm serviços básicos de saneamento. Isso inclui seiscentos milhões de pessoas que

compartilham um banheiro ou latrina com outras famílias de 892 milhões de pessoas que defecam ao ar livre.

14. Como resultado, todos os anos 361 mil crianças com menos de cinco anos morrem devido a diarreia. O saneamento deficiente e a água contaminada também estão ligados à transmissão de doenças como cólera, disenteria, hepatite A e febre tifoide.

1.2.2.2. O Saneamento no Brasil

15. No Brasil, de acordo com o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), 83,6% da população brasileira dispõem de água canalizada por meio de sistema de abastecimento; 53,2% dispõem de esgotamento sanitário por meio de rede de esgoto; e 92,1% da população dispõem de cobertura de coleta domiciliar de resíduos sólidos.

16. Quando se olha os dados de forma menos agregada, as disparidades regionais tornam-se mais evidentes.

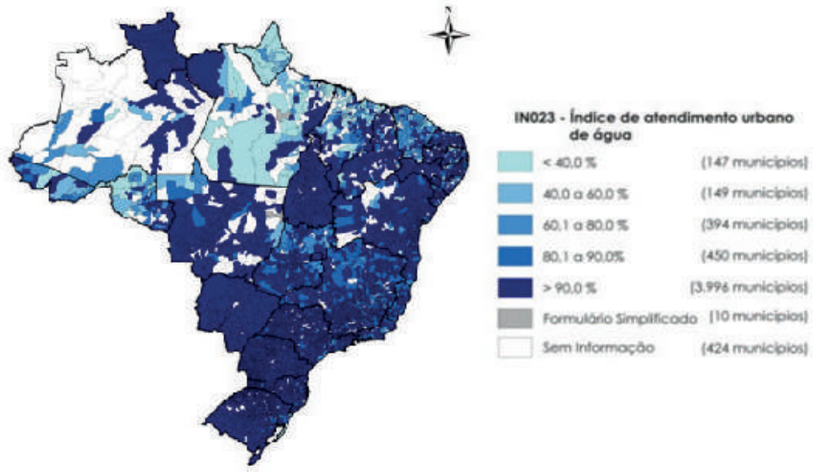
1.2.2.2.1. Atendimento urbano por rede de água

17. Com relação aos estados, o índice médio de atendimento urbano por rede de água indica valores acima de 90% no Distrito Federal e em dezoito estados. Na faixa de 80% a 90%, aparecem Alagoas e Amazonas; na faixa logo abaixo, entre 60% e 80%, aparecem os estados Maranhão, Ceará, Acre e Rondônia; na penúltima faixa, de 40% a 60%, situa-se o estado do Pará. O Amapá, apresenta índice inferior a 40%, com 38,3% da população urbana atendida.

18. O mapa da Figura 02 mostra a visualização de municípios com os respectivos índices de atendimento urbano por rede de água. Observa-se bons resultados em grande quantidade deles, sendo 3.996 municípios com índice superior a 90%; outros 450 com índices na faixa de 80% a 90%; 394 municípios com valores que se enquadram entre 60% a 80%; 149 municípios na faixa imediatamente inferior, de 40% a 60%; e na última faixa, abaixo de 40%, 147 municípios.

19. No SNIS 2018, estão registrados 2.639 municípios com índice de atendimento urbano por rede de água igual a 100% (51,3% do total de municípios da amostra). Em termos de população, esses municípios correspondem a 44,9% da população urbana residente de toda a amostra. Ou seja, esse é o percentual de população urbana do país cujo acesso aos serviços de água está universalizado.

Figura 2 - Mapa do índice de atendimento urbano por rede de água dos municípios com prestadores de serviços participantes do SNIS em 2018



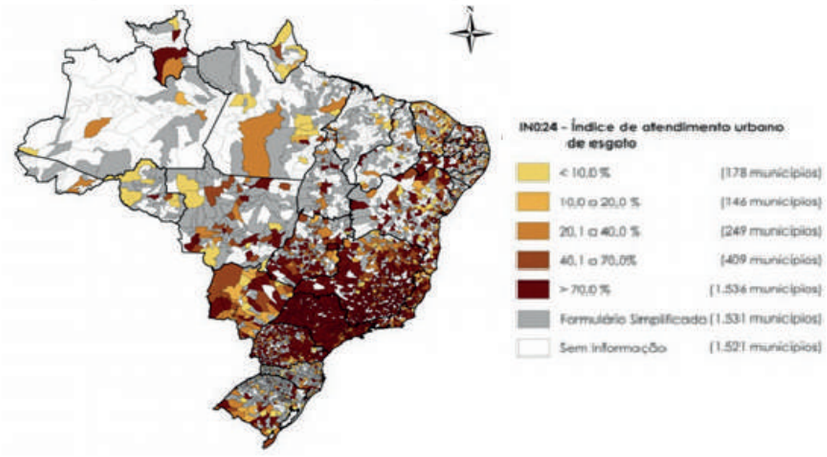
Fonte: SNIS, 2018.

1.2.2.2.2. Atendimento urbano por rede coletora de esgotos

20. Com relação aos estados, o índice médio de atendimento urbano com rede coletora de esgotos aponta valores acima de 70% apenas no Distrito Federal e em três estados: São Paulo, Paraná e Minas Gerais. Na faixa de 40% a 70%, aparecem outros oito estados: Rio de Janeiro, Roraima, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Bahia, Goiás, Paraíba e Mato Grosso; na faixa logo abaixo, de 20% a 40%, situam-se nove estados: Rio Grande do Sul, Tocantins, Ceará, Sergipe, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Alagoas, Santa Catarina e Piauí. Na penúltima faixa, de 10% a 20%, encontram-se três estados: Maranhão, Acre e Amazonas. Por fim, na menor faixa, inferior a 10%, há três estados: Amapá, Pará e Rondônia.

21. Observa-se na Figura 03, que 1.536 municípios encontram-se com índice superior a 70%; 409 municípios com índices na faixa de 40 a 70%; 249 municípios com valores que se enquadraram entre 20 a 40%; 146 municípios na faixa imediatamente inferior, de 10 a 20%; e na última faixa, abaixo de 10%, 178 municípios.

Figura 1 - Mapa do índice de atendimento urbano por rede coletora de esgotos dos municípios com prestadores de serviços participantes do SNIS em 2018

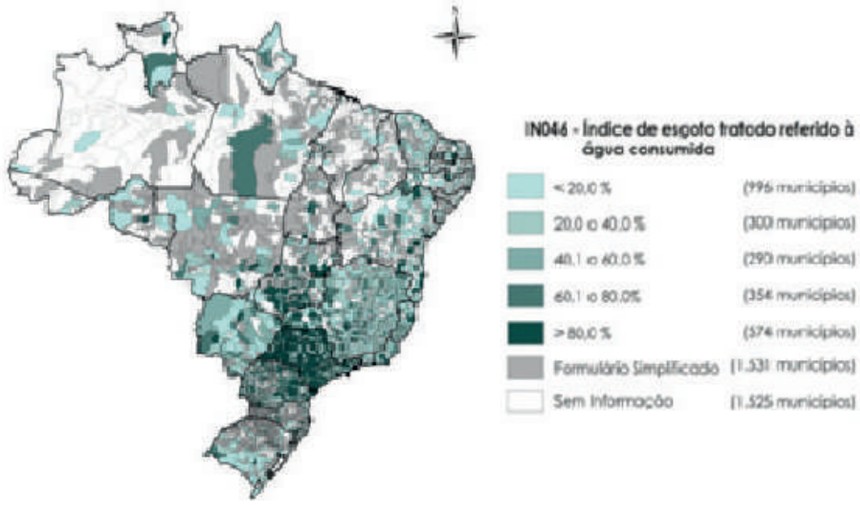


Fonte: SNIS, 2018.

1.2.2.2.3. Distribuição dos níveis de tratamento de esgotos

22. O índice de tratamento de esgotos gerados apresenta os volumes de esgoto tratado em relação ao volume de água consumido. Vale destacar que este índice, por ter em seu denominador o volume de água consumido, dificilmente alcançará índices acima de 90,0%, já que nem toda a água consumida gera esgotos. Em contrapartida, as infiltrações de águas pluviais nas redes de esgoto também podem superestimar o indicador, sendo possível que o índice, inclusive, supere 100%.

Figura 2 - Mapa do índice de tratamento de esgotos referido à água consumida dos municípios com prestadores de serviços participantes do SNIS em 2018



Fonte: SNIS, 2018.

23. A Figura 04 mostra a visualização espacial dos municípios com os índices de tratamento de esgotos gerados. Observa-se 574 municípios com índice superior a 80,0%; 354 municípios com índices na faixa de 60,1 a 80,0%; 290 municípios com valores que se enquadraram entre 40,1 a 60%; trezentos municípios na faixa imediatamente inferior, de 20,0 a 40,0%; e na última faixa, abaixo de 20,0%, 996 municípios. No total, o mapa apresenta o resultado de 4.050 municípios, sendo 2.514 com o índice calculado e 1.531 municípios que não possuem sistema público de esgoto.

1.3 Objetivos da Auditoria

24. A auditoria tem por objetivo avaliar a eficiência e a efetividade do sistema de gestão dos instrumentos de repasse da Funasa.

25. As análises desenvolvidas durante a fase de planejamento do trabalho demonstraram que um dos principais problemas que afetam a Funasa refere-se a deficiências na sistemática de planejamento, execução, controle e acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados pela entidade, não permitindo a realização de uma gestão desses instrumentos de forma eficiente e impedindo a aferição dos resultados esperados. As análises SWOT (Strengths - Forças, Weaknesses - Fraquezas, Opportunities – Oportunidades, e Threats - Ameaças), do Diagrama de Verificação de Riscos (DVR) e do fluxo de processos da Funasa (Apêndices A, B e C) refletem o problema identificado e as interações entre os diversos fatores causais que o determinam.

1.4 Metodologia

26. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (Portaria - TCU 280/2010) e com observância aos princípios e padrões estabelecidos pelo TCU no Manual de Auditoria Operacional. Nenhuma restrição foi imposta aos exames.

27. Durante o planejamento da auditoria, foram realizadas pesquisas bibliográficas, análise dos Acórdãos exarados pelo TCU relacionados com a gestão de convênios da Funasa, bem como reuniões com gestores da entidade. Como forma de aprofundar os conhecimentos sobre o tema objeto de estudo e com o objetivo de levantar os principais problemas que poderiam requerer maior atenção da equipe de auditoria e o aprofundamento da investigação, foram executadas, ainda, técnicas de diagnóstico de auditoria.

a) Análise SWOT, na qual foram levantadas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas à gestão de convênios da Funasa (Apêndice A);

b) Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), no qual foram avaliados os riscos para a consecução dos objetivos do sistema de gestão de convênios da Funasa, segundo a sua probabilidade de ocorrência e impacto (Apêndice B);

c) Análise do Fluxo de Processos, na qual foi realizada uma revisão do fluxo de processos para se obter um entendimento sobre os processos de gestão de convênios da Funasa (Apêndice C).

28. Com o objetivo de obter informações mais completas sobre a realidade cotidiana da execução do objeto de convênios, foi feita visita ao estado do Maranhão, no período de 14 a 18 de outubro de 2019, nas quais foram realizadas entrevistas com prefeitos das cidades de Paço do Lumiar, Raposa, Rosário, Morros, Miranda do Norte e Itapecuru-Mirim, e com gestores da superintendência estadual da Funasa.

29. Para testar e validar os instrumentos de coleta de dados preparados para a fase de execução da auditoria, foi programada a realização de teste piloto, executado no estado de Goiás. O teste piloto consistiu na realização de entrevistas com gestores da superintendência estadual da Funasa e com prefeitos dos municípios de Teresópolis, Goianápolis e Abadiânia, no período de 3 a 7 de novembro de 2019.

30. Além disso, para auxiliar na elaboração da pesquisa eletrônica com o objetivo de avaliar a eficiência e efetividade do sistema de convênios da Funasa celebrados com recursos advindos de emendas parlamentares, foram realizadas entrevistas com gabinete dos Deputados Federais Édio Lopes, Júlio Delgado e Alice Portugal.

31. Com base na análise preliminar, foi realizado um painel de referência no dia 21 de novembro de 2019 com representantes da Funasa para discussão das questões de auditoria e demais aspectos inseridos na matriz de planejamento (peça 37).

32. Na etapa de execução dos trabalhos, foram desenvolvidas análises de dados por meio de consulta aos sistemas de informação da Funasa e pesquisa eletrônica - utilizando a ferramenta limesurvey, com envio de questionários para prefeitos e Deputados Federais.

33. A Funasa disponibilizou o acesso, para consulta, aos sistemas Siga e BI Funasa, com o objetivo de realizar análise quantitativa da carteira de convênios da entidade, como, por exemplo, levantamento de informações sobre o número de convênios formalizados, montante dos valores de convênios celebrados, levantamento e acompanhamento dos convênios por situação (concluídos, expirados, em execução, aditivado, com TCE instaurada), tempo para conclusão dos convênios, entre outras informações.

34. Uma das limitações enfrentadas para a análise dos dados obtidos diz respeito à grande quantidade de inconsistências observadas nos dados dos sistemas. A natureza e a extensão dessa limitação são detalhadas na Seção 4.2 , que trata das inconsistências de dados dos sistemas de informação da Funasa.

35. A pesquisa eletrônica, utilizando-se o software livre limesurvey, consistiu no envio de questionários para prefeitos de municípios com até cinquenta mil habitantes e Deputados Federais da atual legislatura que já apresentaram alguma emenda para celebração de convênio com a Fundação na área de saneamento básico.

36. A Tabela 1 apresenta a quantidade de questionários enviados, recebidos e as respectivas taxas de resposta, aplicados no período compreendido entre 10 de fevereiro a 5 de março de 2020.

Tabela 1– Questionário Eletrônico – questionários enviados e recebidos

Respondente	***Questionários enviados***	***Questionários respondidos***	***Taxa de resposta***

Deputados Federais da atual legislatura que apresentaram alguma emenda direcionadas à celebração de convênio em saneamento básico com a Funasa	*92*	*10*	*10,9%*
Prefeitos de municípios com até cinquenta mil habitantes	*4.897*	*1.279*	*26,1%*

FONTE: elaboração própria

37. Objetivou-se com tal medida colher informações sobre as principais dificuldades encontradas pelos gestores municipais para celebrar convênios com a Funasa e realizar obras em saneamento básico.

38. O roteiro de perguntas aplicado no questionário para Deputados Federais e prefeitos encontra-se anexo às peças 65 e 66.

39. Responderam à pesquisa eletrônica gabinetes de deputados pertencentes aos seguintes partidos políticos:

Tabela 2 - Partidos respondentes à pesquisa eletrônica

Partido	***Quantidade de Deputados Federais respondentes***	***(%)***
MDB	*3*	*30%*
PC do B	*1*	*10%*
PL	*1*	*10%*
PP	*1*	*10%*
PROS	*1*	*10%*
PSB	*1*	*10%*
PSC	*1*	*10%*
Republicanos	*1*	*10%*
Total	***10***	***100%***

Fonte: elaboração própria

40. Para facilitar a análise dos convênios, foi feita a estratificação dos municípios segundo o porte populacional, utilizando-se de dados estimativos da população residente no Brasil com data de referência em 1º de julho de 2019, do IBGE (Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 3/3/2020), conforme tabela a seguir:

Tabela 3 - Estratificação dos municípios segundo o porte populacional

Nº de habitantes	***Porte do município***	***Quantidade de municípios***	***(%)***
Até 2 mil	*P1*	*128*	*2,3%*
Mais de 2 mil e até 5 mil	*P2*	*1.125*	*20,2%*
Mais de 5 mil e até 10 mil	*P3*	*1.199*	*21,5%*
Mais de 10 mil e até 20 mil	*P4*	*1.345*	*24,2%*

Mais de 20 mil e até 50 mil	P5	1.100	19,7%
Mais de 50 mil habitantes	+50 mil hab	673	12,1%
Total		**5.570**	**100,0%**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados estimativos do IBGE

41. A Tabela 4 detalha os municípios que responderam ao questionário eletrônico, segundo seu porte populacional.

Tabela 4 - Municípios que responderam ao questionário eletrônico

Nº de habitantes	Porte do município	Quantidade de municípios	Quantidade de municípios respondentes	Taxa de resposta (%)
Até 2 mil	P1	128	41	32,0%
Mais 2 mil até 5 mil	P2	1.125	350	31,1%
Mais 5 mil até 10 mil	P3	1.199	334	27,8%
Mais 10 mil até 20 mil	P4	1.345	313	23,2%
Mais 20 mil até 50 mil	P5	1.100	241	21,9%
Total geral		4.897	**1.279**	**26,1%**

Fonte: Elaborado pela equipe, a partir da compilação dos questionários respondidos.

42. A equipe de auditoria considerou, para fins de análise, as transferências voluntárias, na forma de convênios, com recursos provenientes de programação da própria Funasa e de emendas parlamentares, e as transferências obrigatórias, abarcando o instrumento de termos de compromisso, com recursos oriundos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Os termos de execução descentralizada (TED) não foram objeto de análise deste trabalho.

43. As taxas de respostas obtidas constituem-se em uma limitação para a interpretação dos resultados da pesquisa eletrônica, na medida em que não permitem a generalização dos resultados, em seu conjunto, para todo o universo de stakeholders selecionados.

44. Cabe destacar que foram analisados convênios a partir de 2002, ano em que o Sistema Siga se tornou operacional.

1.5 Volume de recursos fiscalizados

45. A alocação de recursos para a celebração dos instrumentos de repasse está prevista no âmbito dos Planos Plurianuais e orçamentos anuais, por meio de objetivos, metas, iniciativas e ações orçamentárias. O orçamento geral da Funasa (Unidade 36211), relativo ao período de 2015 a 2019, pode ser visualizado nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Dotação atualizada da Funasa por GND - período de 2015 a 2019

Grupo Natureza de Despesa	2019	2018	2017	2016	2015
Inversões Financeiras	4.243.506,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investimentos	869.533.127,00	887.841.021,00	1.253.893.158,00	958.831.995,00	1.239.167.034,00
Outras Despesas Correntes	306.023.093,00	359.822.104,00	504.497.719,00	369.025.365,00	444.816.343,00
Pessoal e Encargos Sociais	2.064.378.847,00	2.072.889.480,00	2.104.520.712,00	2.124.140.380,00	2.032.224.835,00
Total	3.244.178.573,00	3.320.552.605,00	3.862.911.589,00	3.451.997.740,00	3.716.208.212,00

Fonte: Siafi

Tabela 6 - Orçamento Geral da Funasa - período de 2015 a 2019

Orçamento Funasa	DEZ/2019	DEZ/2018	DEZ/2017	DEZ/2016	DEZ/2015

Dotação Inicial	3.111.496.017,00	3.579.678.582,00	3.666.019.719,00	3.158.415.834,00	4.154.721.551,00
Dotação Atualizada	3.244.178.573,00	3.320.552.605,00	3.862.911.589,00	3.451.997.740,00	3.716.208.212,00
Crédito Disponível	53.969.818,47	145.232.892,39	108.509.164,30	25.326.713,00	446.194.110,78
Crédito Indisponível	3.427.269,00	13.119.821,00	22.903.501,00	144.005.980,97	367.132.050,00
Despesas Empenhadas	2.990.230.562,62	3.081.817.131,90	3.648.703.804,86	3.174.363.426,45	2.842.325.353,85
Despesas Liquidadas	2.225.879.242,09	2.344.649.839,41	2.583.337.714,31	2.554.166.119,16	2.348.510.965,85
Despesas Pagas	2.084.638.511,42	2.195.677.441,49	2.568.908.181,73	2.545.711.391,39	2.341.207.858,62
RP a PAGAR (*)	2.404.081.508,01	2.442.799.446,78	2.095.006.419,74	1.965.968.142,63	2.312.379.288,41

(*) RP a Pagar = RP Inscritos + RP Reinscritos - RP Cancelados - RP pagos (Processados e Não Processados)

Fonte: Siafi

46. A Tabela 5 apresenta a dotação atualizada da Funasa por Grupo Natureza de Despesa (GND) no período de 2015 a 2019. Cabe destacar o elevado percentual do GND "Pessoal e Encargos Sociais", que em 2019, representou 63,6% (R$ 2.064.378.847,00) do orçamento total de R$ 3.244.178.573,00, abrangendo despesas de aposentadorias e pensões, vencimentos e vantagens fixas de pessoal, contratação por tempo determinado, contribuições previdenciárias, indenização e restituição trabalhistas, ressarcimento de despesas de pessoal requisitado. Também, em 2019, o GND "Investimentos" representou 26,8%, equivalente a R$ 869.533.127,00, correspondente a despesas com contribuições, auxílios, equipamentos e material permanente, obras e instalações, serviços de tecnologia de informação e comunicação.

47. A situação dos Convênios e Termos de Compromisso, bem como dos Termos de Execução Descentralizada é demonstrada, respectivamente, nas Tabelas 7 e 8 a seguir, informando o montante de recursos alocados para a execução das ações de saneamento básico, desenvolvidas pela Funasa.

Tabela 7 - Saldo acumulado de convênios e Termos de Compromisso (PAC) de 2015 a 2019

Execução dos Instrumentos de Repasse (*)	Até DEZ/2019	Até DEZ/2018	Até DEZ/2017	Até DEZ/2016	Até DEZ/2015
Valores FIRMADOS	13.133.195.169,51	13.258.605.229,34	11.479.928.032,61	11.904.977.035,88	13.663.170.567,95
Valores a LIBERAR	4.394.069.534,41	4.793.559.419,85	3.369.926.063,05	3.644.081.463,17	4.482.159.605,62
Valores a COMPROVAR	2.625.472.600,83	2.643.381.546,97	2.339.013.762,47	2.334.571.455,59	1.976.520.353,44
Valores a APROVAR	1.282.389.164,46	1.163.869.979,66	1.291.518.566,11	1.210.738.005,20	1.531.686.787,91
Valores APROVADOS	2.570.140.269,15	2.456.647.380,74	2.453.368.132,89	2.423.745.120,00	2.409.906.366,10
Valores IMPUGNADOS	56.052,34	-	-	-	-
Valores em INADIMP EFETIVA	610.589.105,11	616.972.567,28	533.880.244,34	532.440.423,36	374.981.733,24
Valores em INADIMP SUSPENSA	1.071.783.043,52	1.058.926.336,35	1.027.249.083,89	931.544.045,93	883.757.644,88
Valores CANCELADOS	-	-	-	-	22.554,18
Valores NAO LIBERADO/DEVOLVIDO	247.493.896,22	113.630.754,14	56.584.000,37	188.532.328,04	1.008.179.278,65
Valores ARQUIVADOS	18.077.382,66	-	4.201.054,09	225.456,18	13.018.206,21
valores CONCLUIDOS	313.124.120,81	411.617.244,35	404.187.125,40	639.098.738,41	982.938.037,72

(*) Instrumentos de repasse = Convênios, Cooperação Técnica e Contrato de Repasse. Sem valores dos Termos de Execução Descentralizada.

Fonte: Siafi

Tabela 8 - Saldo acumulado de Termos de Execução Descentralizada de 2015 a 2019

Execução dos Termos de Execução Descentralizada	Até DEZ/2019	Até DEZ/2018	Até DEZ/2017	Até DEZ/2016	Até DEZ/2015
Valores FIRMADOS	184.832.722,04	175.179.489,56	163.960.706,84	70.009.506,42	68.636.005,38
Valores a REPASSAR	71.529.978,50	73.303.479,93	96.663.974,31	36.465.313,41	50.126.872,27
Valores a COMPROVAR	102.933.632,11	101.876.009,63	65.772.421,84	33.544.193,01	18.018.861,64
Valores COMPROVADOS	8.961.135,68	-	-	-	-
Valores CONCLUIDOS	1.407.975,75	-	1.372.785,05	-	-

Valores EXTINTOS	-	-	-	-	*490.271,47*
Valores NAO REPASSADOS	-	-	*151.525,64*	-	-

Fonte: Siafi

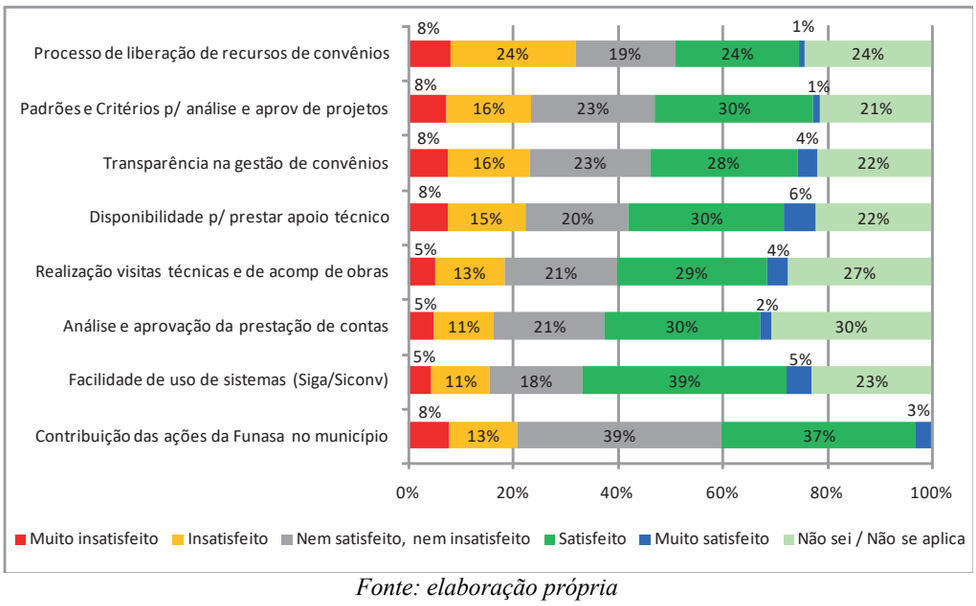
1.6 Questões de Auditoria

48. A análise SWOT e o Diagrama de Verificação de Riscos (DVR) permitiram identificar os fatores de risco e conhecer a capacidade organizacional da Funasa para realizar o gerenciamento dos instrumentos de repasse.

49. A pesquisa eletrônica aplicada junto a Deputados Federais e prefeitos de municípios com até cinquenta mil habitantes possibilitou identificar a percepção dos respondentes quanto a esses fatores de risco, cujas respostas serão apresentadas e comentadas ao longo do relatório.

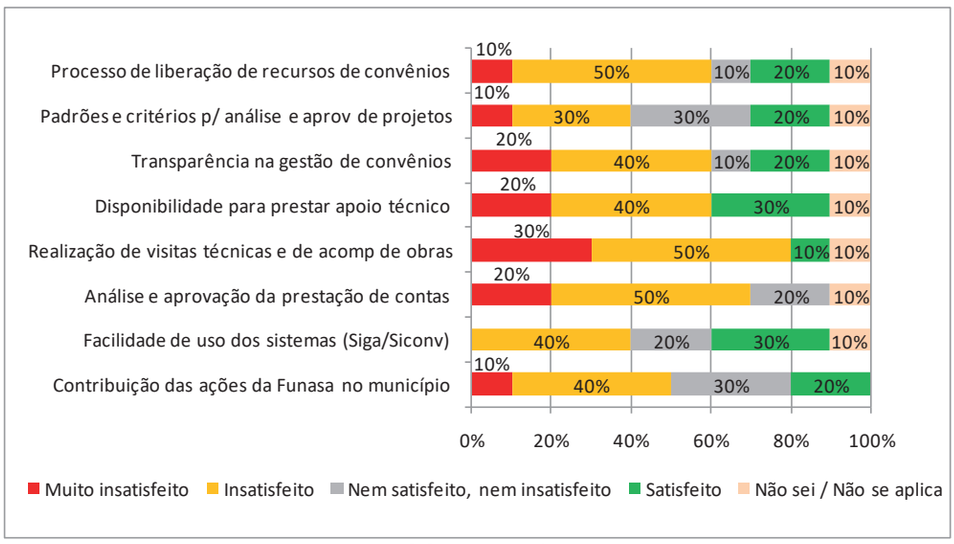
50. Os Gráficos 1 e 2 apresentam a avaliação do grau de satisfação de prefeitos (1.279 respondentes) e Deputados Federais (10 respondentes) em relação ao serviço prestado pela Funasa no que se refere à gestão de convênios, na escala de Likert: "Muito insatisfeito", "Insatisfeito", "Nem satisfeito, nem insatisfeito", "Satisfeito", "Muito satisfeito".

Gráfico 1 - Percepção dos prefeitos sobre o grau de satisfação quanto ao serviço prestado pela Funasa em relação à gestão de convênios



Fonte: elaboração própria

Gráfico 2 - Percepção dos Deputados Federais sobre o grau de satisfação quanto ao serviço prestado pela Funasa em relação à gestão de convênios



Fonte: elaboração própria

51. Na opinião dos prefeitos, o processo de liberação de recursos de convênios, os padrões de critérios adotados pela Funasa para análise e aprovação de projetos, a transparência na gestão de convênios e a disponibilidade da Funasa para prestar apoio técnico foram os itens que geraram maior insatisfação quanto ao serviço prestado pela entidade em relação à gestão de convênios.

52. Na percepção dos Deputados Federais, a realização de visitas técnicas e de acompanhamento de obras, análise e aprovação da prestação de contas, processo de liberação de recursos de convênios, transparência na gestão de convênios e disponibilidade da Funasa para prestar apoio técnico foram os itens que mais propiciaram insatisfação quanto ao serviço prestado pela entidade no que se refere à gestão de convênios.

53. De uma forma geral, o grau de satisfação quanto à contribuição das ações da Funasa no(s) município(s) - último item dos gráficos, na percepção de prefeitos (Gráfico 1), aponta que 21% consideram "muito insatisfeitos" ou "insatisfeitos", 39% opinam como "nem satisfeitos nem insatisfeitos", 40% "satisfeitos" ou "muito satisfeitos". Na percepção dos Deputados Federais respondentes (Gráfico 2) revela que 50% se dizem "muito insatisfeitos" ou "insatisfeitos", 30% "nem satisfeitos nem insatisfeitos" e 20% como "satisfeitos".

54. Assim, para avaliar o sistema de gestão de convênios da Fundação Nacional de Saúde, foram formuladas 3 questões de auditoria, a serem investigadas neste trabalho:

Questão 1: Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?

Questão 2: Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?

Questão 3: Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?

2. Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?

55. O presente capítulo tem por objetivo avaliar os critérios adotados pela Funasa para qualificar o investimento público em saneamento, de forma a assegurar que os recursos sejam alocados e aplicados com eficácia e eficiência, revertendo em benefícios diretos à população, bem como a sistemática de monitoramento e acompanhamento da execução física dos objetos dos instrumentos de repasse, de forma a alcançar os resultados esperados.

2.1 A atuação da Funasa não tem sido suficiente para prevenir e controlar doenças e agravos decorrentes de saneamento inadequado

56. As análises desenvolvidas por meio de bases de dados e informações do IBGE, SNIS e do Ministério da Saúde, além da pesquisa eletrônica aplicada durante o trabalho de campo junto a prefeitos e Deputados Federais evidenciaram que a atuação da Funasa não tem sido suficiente para prevenir e controlar doenças e agravos que possam estar relacionados com saneamento inadequado.

57. A lei que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico define que a prestação de serviços públicos de saneamento básico observará plano, que poderá ser específico para cada serviço, o qual abrangerá, no mínimo, o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida, utilizando sistema de indicadores sanitários epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos e apontando as causas das deficiências detectadas (inciso I do art. 19 da Lei 11.445/2007).

58. Além disso, a mesma lei estabelece que cabe à União, no estabelecimento de sua política de saneamento básico, utilizar indicadores epidemiológicos e de desenvolvimento social no planejamento, implementação e avaliação das suas ações de saneamento básico, bem como adotar critérios objetivos de elegibilidade e prioridade, levando em consideração fatores como nível de renda e cobertura, grau de urbanização, concentração populacional, disponibilidade hídrica, riscos sanitários, epidemiológicos e ambientais (incisos IV e IX do art. 48 da Lei 11.445/2007).

59. Por sua vez, o estatuto da Funasa estabelece que compete à entidade fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, por meio da coordenação, planejamento e supervisão da execução de atividades relativas a formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para prevenção e controle de doenças, em consonância com as políticas públicas de saúde e de saneamento (arts. 11 e 2º da Anexo I do Decreto 8.867/2016).

60. Nesse contexto, a disponibilidade dos serviços de saneamento básico é uma questão relevante para o bem-estar da sociedade, pois a ausência ou a deficiência na prestação de tais serviços pode ocasionar diversas externalidades negativas, tais como o contágio de várias doenças de veiculação hídrica, implicando internações hospitalares e, em alguns casos, óbitos provocados por ingestão de água contaminada, contato da pele com água contaminada e esgotamento sanitário inadequado.

61. Além do mais, o Brasil apresenta como característica um processo acelerado de urbanização que acarreta problemas de infraestrutura, especialmente com relação ao saneamento básico, sobretudo nas regiões mais carentes, cujo diagnóstico é apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Saneamento Básico no Brasil por UF (abastecimento de água, coleta de esgoto, tratamento de esgoto, municípios com epidemias e endemias por falta de saneamento)

Região	UF	Nº de Municípios	Abastecimento de Água	Coleta de Esgoto	Tratamento do Esgoto Coletado (*)	Municípios com Plano de Saneamento		Municípios com Epidemias ou Endemias	
Norte	AC	22	49,1%	10,7%	100,0%	6	27,3%	18	81,8%
	AM	62	79,7%	9,4%	91,9%	15	24,2%	25	40,3%
	AP	16	37,1%	6,6%	94,7%	3	18,8%	15	93,8%
	RO	52	47,7%	4,5%	78,8%	16	30,8%	30	57,7%
	RR	15	80,8%	41,8%	100,0%	5	33,3%	7	46,7%
	PA	144	45,7%	6,3%	41,9%	42	29,2%	75	52,1%
	TO	139	80,6%	25,9%	99,5%	53	38,1%	49	35,3%
Nordeste	AL	102	74,4%	16,9%	80,1%	12	11,8%	58	56,9%
	BA	417	79,7%	37,6%	86,5%	71	17,0%	216	51,8%
	CE	184	63,3%	25,8%	88,9%	46	25,0%	115	62,5%
	MA	217	52,7%	11,6%	32,4%	37	17,1%	82	37,8%
	PB	223	73,7%	35,8%	77,1%	37	16,6%	137	61,4%
	PE	185	79,1%	27,7%	68,4%	30	16,2%	106	57,3%
	PI	224	76,3%	10,2%	94,5%	50	22,3%	83	37,1%
	RN	167	77,9%	23,4%	94,7%	33	19,8%	105	62,9%
	SE	75	85,3%	23,0%	96,4%	18	24,0%	62	82,7%
Centro Oeste	DF	-	98,7%	85,1%	100,0%	-	-	-	-
	GO	246	88,9%	52,3%	87,3%	58	23,6%	53	21,5%
	MG	141	88,3%	32,5%	82,9%	48	34,0%	58	41,1%
	MS	79	85,7%	47,1%	99,8%	32	40,5%	26	32,9%
Sudeste	ES	78	79,9%	52,2%	73,8%	24	30,8%	43	55,1%
	MG	853	81,8%	70,0%	41,6%	379	44,4%	290	34,0%
	RJ	92	92,5%	65,8%	63,6%	42	45,7%	24	26,1%
	SP	645	96,3%	89,7%	79,0%	310	48,1%	106	16,4%
Sul	PR	399	93,7%	69,5%	99,4%	210	52,6%	71	17,8%
	RS	497	86,1%	31,1%	81,0%	293	59,0%	48	9,7%

SC	*295*	*88,3%*	*23,0%*	*89,9%*	*256*	*86,8%*	*33*	*11,2%*

Fonte: CNI – Agência de Notícias.
Nota. Os indicadores foram coletados do Sistema Nacional de Informações de Saneamento – SNIS. Fontes consultadas: SNIS(2019), ABCON(2019) e IBGE - Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2017.
(*) o índice de tratamento de esgoto coletado pode trazer a conclusão equivocada de que há elevado tratamento de esgotos nos estados, porém, o índice apenas indica que todo esgoto que é coletado no estado possui tratamento, refletindo, portanto, a capacidade das estações de tratamento de esgotos, e não o nível de tratamento em relação aos esgotos gerados.

62. Os estados do AC, AP, RO, PA e MA têm índice de atendimento em abastecimento de água abaixo de 60%, conforme apresentado na Tabela 9. Em relação à coleta de esgoto, a maioria dos estados da região norte e nordeste tem índice abaixo de 30%, tais como os estados do AC, AM, AP, RO, PA, TO, AL, CE, MA, PE, PI, RN e SE. Nas demais regiões, apenas SC apresenta esse índice abaixo de 30%.

63. Em relação a problemas relacionados à saúde da população (Tabela 9), as regiões norte e nordeste são as que têm estados com mais de 60% de seus municípios com epidemias e endemias causadas por condições de saneamento inadequadas, quais sejam, AC (81,8% dos municípios), AP (93,8% dos municípios), CE (62,5% dos municípios), PB (61,4% dos municípios), RN (62,9% dos municípios) e SE (82,7% dos municípios).

64. No que diz respeito às internações hospitalares provocadas por endemias e epidemias provenientes de um sistema deficitário de saneamento básico, verifica-se que nos estados houve uma redução gradativa nas internações por doenças ligadas ao saneamento básico ineficiente no período de 2008 a 2016, à exceção do Maranhão, que apresentou um número maior de casos com o passar dos anos (Tabela 10). No Brasil, o número de internações por 100 mil habitantes passou de 309,2, em 2008, para166,8, em 2016. As regiões norte e nordeste, que têm as piores taxas de cobertura de saneamento básico, também apresentam as maiores taxas de endemias e de internações por doenças relacionadas à falta de saneamento básico.

65. Cabe destacar que a diarreia não é a única doença relacionada ao saneamento, embora seja a principal manifestação da ausência ou déficit destes serviços. Destacam-se também as verminoses, febre tifoide, hepatite A, leptospirose, difteria, entre outras. O Anexo B apresenta, por UF, a manifestação das principais endemias relacionadas à insuficiência de saneamento básico.

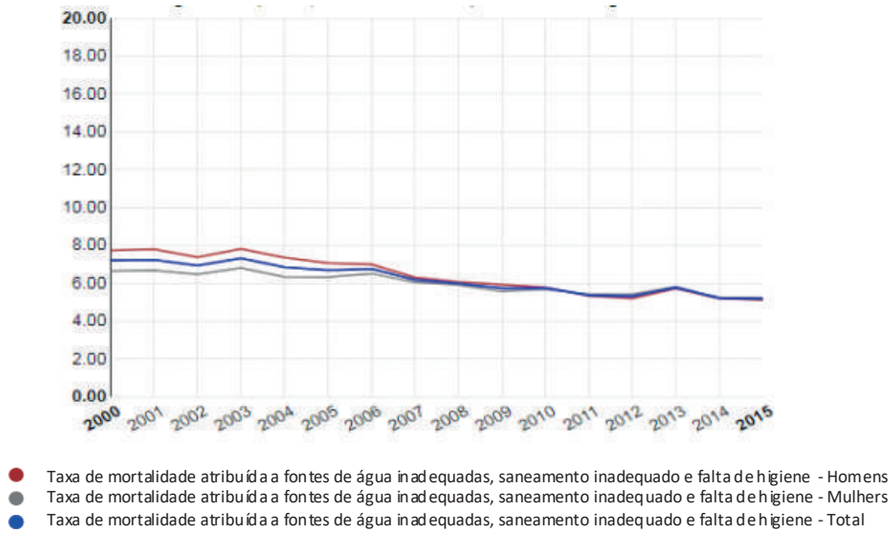
Tabela 10 - Internações hospitalares por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, por 100.000 habitantes (Unidades por 100 mil habitantes)

Brasil e UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	309,2	270,5	309,1	244,6	215,9	202,6	182,3	166,6	166,8
RO	502,6	686,1	810,9	522,6	475,1	421,2	382,5	289,2	295,3
AC	471,5	516,7	616,7	504,7	556	447,7	435,5	300,1	247,6
AM	252,1	193,2	205,4	250,8	185,8	154	147,4	136,3	136,2
RR	482,1	536,8	581,3	315,1	251,5	216,2	253,6	179,2	222,9
PA	917,9	867,9	959	793,3	675	548,7	554,9	433,8	484,6
AP	239,7	229,8	190,9	224,4	214,4	161,6	148,9	107,6	79,1
TO	532,3	410,8	488,1	392,1	345,6	315,9	274,3	166,1	189,8
MA	650,1	678,6	836,6	810,4	719,5	737,4	733,1	673,5	753,7
PI	927,4	909,7	980	804,7	729,9	653,4	594,1	477,5	495,3
CE	461	333,3	357,6	351,7	242	269,6	232,1	227,4	217
RN	474,2	342,8	429,1	377,8	287,1	354,1	223,8	174,9	208,3
PB	626,7	495	531,9	406,9	309,3	362	276,2	225,6	267,6
PE	276	229	288,1	232	208,9	180,8	131,5	107,6	127,2
AL	493,9	397,9	471,5	321	296,8	275,9	215,7	181,3	163,8
SE	292,8	136	118,2	105,2	108,1	80,1	84,2	66,1	62,1
BA	587,3	631,2	563,7	431,6	417,1	366,3	287,1	271,6	230,4
MG	154,9	133,9	173,2	114,2	114,9	123,3	116,4	109	135,3
ES	220	268	219,2	235,8	182,4	167,9	158,3	145,5	165,5
RJ	205,2	94,5	113,9	127,5	76,7	61,5	40,6	41,5	40,7
SP	75,5	62,5	86	62,3	57,7	55,5	60	76,4	53
PR	284,5	223,4	277,4	199,7	192,7	171,9	158,3	139	145,5
SC	183,1	140,3	144,6	113,6	113,2	92,5	103,9	101	116,4
RS	205,3	161,6	164,8	114,2	121,2	94,5	106,1	95	89
MS	285,9	270,7	454,6	211,9	186,8	258,1	150,6	211,9	228,4
MT	343,2	442	505,2	276,8	336,6	227,1	191,2	158	159,4
GO	434,4	304,1	516,4	281,4	228,1	284,6	270,2	262,9	188,6
DF	166	33,2	131	95,3	92,7	99,3	68,9	56,3	85,5

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Sistema de Informações sobre Internação Hospitalar - SIH - SUS; IBGE(<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/898#resultado>. Acesso em: 7 abr 2020).

66. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado foram responsáveis por 7,2 mortes para cada 100.000 habitantes no Brasil em 2000, passando para 5,2 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2015 - com uma pequena queda nesse período, conforme demonstrado no Gráfico 3. O impacto da falta de saneamento para crianças entre zero a quatro anos e idosos entre sessenta e 79 anos é maior, sendo os mais afetados, como se pode observar na Tabela 11.

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene (óbitos por 100 mil habitantes)



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e IBGE, Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. (<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador392>. Acesso em: 7 abr. 2020).

Tabela 11 - Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inadequadas, saneamento inadequado e falta de higiene (óbitos por 100 000 habitantes)

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Por sexo																
Homens	7,7	7,8	7,4	7,8	7,4	7,1	7,0	6,3	6,1	5,9	5,8	5,3	5,2	5,7	5,2	5,1
Mulheres	6,7	6,7	6,5	6,8	6,3	6,3	6,5	6,1	5,9	5,6	5,7	5,4	5,4	5,8	5,2	5,2
Total	7,2	7,3	6,9	7,3	6,9	6,7	6,8	6,2	6,0	5,8	5,7	5,4	5,3	5,8	5,2	5,2
Por faixa de idade																
0 a 4 anos	31,0	28,5	26,2	26,6	22,5	21,4	17,9	14,2	12,5	11,1	9,1	7,2	7,4	8,0	7,1	6,2
60 a 69 anos	12,7	12,9	12,3	13,3	12,5	12,0	11,5	10,7	10,0	10,0	9,4	8,9	8,3	8,5	7,9	8,1
70 a 79 anos	34,6	39,2	38,3	41,3	39,1	40,3	39,2	36,8	37,0	34,0	35,2	31,0	30,3	32,9	29,7	28,6

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e IBGE, Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. (<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador392>. Acesso em: 7 abr. 2020)

67. Indagada a respeito do perfil sanitário (peça 40), a Funasa respondeu que não realiza levantamento do perfil sanitário dos municípios que fazem parte do público alvo da entidade (peça 44).

68. A entidade informou que utiliza como parâmetros os dados oficiais do governo, tais como o SNIS (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento), dados de mortalidade infantil do Ministério da Saúde, IDH publicado pela ONU, entre outros (peça 44). No entanto, não ficou evidenciado se a Funasa realiza avaliação dos municípios mais carentes que necessitam de investimentos, em razão da ocorrência de doenças e agravos relacionados à falta ou inadequação de saneamento básico, para distinguir e eleger aquele que irá celebrar o instrumento de repasse.

69. Assim, conclui-se que a Funasa não adota critérios objetivos de elegibilidade e prioridade para beneficiar municípios mais carentes, considerando a disponibilidade hídrica, riscos sanitários e concentração populacional, entre os 4.827 municípios que se encontram na sua área de atuação.

70. Do total de 24.097 convênios e termos de compromisso celebrados pela instituição,

evidenciou-se que 565 municípios, do total de 4.897, não celebraram nenhum convênio com a entidade desde 2002, correspondente a 11,53% (Tabela 12). Desses, 373 municípios, correspondente a 66%, têm até 10 mil habitantes, ou seja, municípios de porte P1, P2 e P3.

Tabela 12 - Quantidade de municípios que não celebraram convênios ou termos de compromisso com a Funasa (por região, UF e porte do município)

Região / UF	P1	P2	P3	P4	P5	Total Geral
CENTRO OESTE	1	10	8	4	5	28
GO	1	7	7	1	2	18
MS			1	1	1	3
MT		3		2	2	7
NORDESTE	1	11	5	17	11	45
BA		2	4	9	4	19
PB	1	2		2		5
PE		1		3	6	10
RN		3		3	1	7
SE		3	1			4
NORTE	4	9	3	3	1	20
AP				1		1
PA					1	1
RO				1		1
TO	4	9	3	1		17
SUDESTE	13	99	72	55	29	268
MG	6	47	32	17	7	109
RJ				1	1	2
SP	7	52	40	37	21	157
SUL	19	77	41	34	33	204
PR	1	14	9	11	7	42
RS	14	42	16	11	17	100
SC	4	21	16	12	9	62
Total Geral	**38**	**206**	**129**	**113**	**79**	**565**

P1: municípios com até 2 mil hab *P2: municípios com 2 mil até 5 mil hab*
P3: municípios com 5 mil até 10 mil hab *P4: municípios com 10 mil até 20 mil hab*
P5: municípios com 20 mil até 50 mil hab

Fonte: elaboração própria

71. Municípios maiores têm maior influência política e contam com melhor infraestrutura para elaboração de projetos e para captação de recursos de outras fontes, ao passo que os municípios mais carentes têm maior dificuldade para atender às exigências da Funasa para celebrar convênios e, em geral, são os que apresentam os piores indicadores sanitários e de saúde.

72. Este fato pode também ser inferido das respostas dos prefeitos respondentes à pesquisa eletrônica:

'Que sejam disponibilizados projetos para municípios pequenos, pois geralmente são feitos pensando em grandes municípios e não contemplam as necessidades e adequação dos pequenos, devido aos valores e quantidades mínimas de utilização serem desproporcionais.

Como nosso Município é pequeno, muitas vezes não temos conhecimento de projetos que a Funasa tem para oferecer a serem implementados para melhora das condições de vida. Nosso Município possui 56 anos e não temos sequer 1% de coleta de esgoto.

Os Municípios, especialmente aqueles de pequeno porte, encontram muita dificuldade para celebrar convênios em geral se não tiver um apoio de deputados. As oportunidades serem disponibilizadas aos Municípios mais carentes sem o intermédio de deputados, a demanda ser tratada diretamente com os Municípios.

Disponibilizar recursos e projetos para atendimento de municípios com menos de 20 mil habitantes.

O município quer celebrar convênio com a Funasa. Ter recurso para ajudar os municípios com 2.000 habitantes e ser menos burocrático e apresentar serviços mais rápidos.

Disponibilizar recursos (convênios) de menor valor para os municípios de pequeno porte poder acessar. Dificuldade para aderir aos recursos da Funasa. Projetos de valor muito alto, aí não chega a municípios pequenos.

Somos um município muito pobre, com sérios problemas de saneamento. Temos um corpo técnico insuficiente e muito pouca capacidade de investimento. Temos problemas com a execução das obras porque as poucas empresas que aparecem para participar das licitações são empresas pequenas, sem estrutura e que, quase sempre, abandonam as obras antes do seu término. A demora na liberação das parcelas também contribui para ineficiência na execução dos convênios. Dar prioridade para os municípios mais pobres quando da distribuição de recursos.'

Tabela 13 - Taxa de Convênios e Termos de Compromisso celebrados por município, conforme a estratificação dos municípios segundo o porte populacional (Quantidade de Municípios / Quantidade de Convênios celebrados)

Município			Emenda		PAC		Rec Funasa		Geral	
Nº hab	Porte Munic	Nº Mun	Qtd	Índice	Qtd	Índice	Qtd.	Índice	Qtd	Índice
Até 2 mil	P1	128	30	0,2	70	0,5	104	0,8	204	1,6
Mais de 2 mil e até 5 mil	P2	1.125	665	0,6	680	0,6	1.795	1,6	3.140	2,8
Mais de 5 mil e até 10 mil	P3	1.199	1.015	0,8	958	0,8	2.575	2,1	4.548	3,8
Mais de 10 mil e até 20 mil	P4	1.345	1.615	1,2	1.452	1,1	3.455	2,6	6.522	4,8
Mais de 20 mil e até 50 mil	P5	1.100	1.381	1,3	1.297	1,2	3.137	2,9	5.815	5,3
Mais de 50 mil habitantes	+50 mil Hab'	673	554	0,8	1.354	2,0	1.960	2,9	3.868	5,7
Total de Instr de Repasse celabrados			5.260		5.811		13.026		24.097	

Fonte: elaboração própria

73. Além disso, em termos relativos, os municípios com maior porte populacional celebram mais convênios que municípios de porte menor, conforme demonstrado na Tabela 13. Municípios de porte P1, P2 e P3, com até 10.000 habitantes, celebraram menos instrumentos de repasse com a Funasa que municípios de porte maior (P4, P5 e com mais de cinquenta mil habitantes). A título de exemplo, convênios celebrados com recursos próprios da Funasa, municípios com porte P1, P2 e P3 apresentam, respectivamente, índices 1,6, 2,8 e 3,8, ao passo que municípios com porte P4, P5 e municípios com mais de cinquenta mil habitantes apresentam, respectivamente, índices 4,8, 5,3 e 5,7. O índice calculado, que mede quantidade de convênios por município, diz respeito a recursos oriundos de emendas parlamentares, do PAC e da própria da Funasa, e é favorável para municípios maiores (Tabela 13).

74. Nesse contexto, para atender ao princípio da equidade social e não prejudicar os municípios menores, em razão de os mesmos serem carentes de recursos técnicos e financeiros e por terem maior dificuldade para apresentar estudo de viabilidade técnica e econômico-financeira para celebrar convênio ou termo de compromisso, é desejável que a Funasa incentive a associação voluntária desses municípios, por convênio de cooperação, consórcio público, ou outras modalidades de parceria, de forma a contemplar a integralidade dos componentes do saneamento.

75. Outro fator a considerar é que a Funasa não possui recursos suficientes para celebrar convênios e termos de compromisso, de forma a atender as necessidades da maioria das Prefeituras com até cinquenta mil habitantes, equivalente a 4.897 municípios, representando 88% do total de 5.570 municípios brasileiros.

76. Para agravar a falta de recursos para atender às necessidades dos municípios em saneamento básico, a aprovação da Emenda Constitucional 105/2019, que acrescentou o art. 166-A, autorizou a transferência direta, a estados, municípios e ao Distrito Federal, de recursos de emendas parlamentares individuais ao orçamento a partir de 1º de janeiro de 2020. Os repasses desses recursos poderão ser feitos sem necessidade de convênio. Assim, a Funasa deixará de receber importante fonte de recursos para formalização de convênios com vistas à realização de obras de saneamento básico.

77. No período de 2015 a 2019, os valores envolvendo emendas individuais, de comissão e de bancada totalizaram R$ 1.981.297.509,34, correspondente a 2.112 convênios celebrados (Tabela 14). Desde 2002, foram celebrados 5.260 convênios com recursos alocados a partir de emendas parlamentares.

Tabela 14 - Montante de convênios celebrados pela Funasa com recursos oriundos de emendas parlamentares (período 2015 a 2019)

ANO	Valor Emenda (R$)
2015	118.761.924,95
2016	289.548.013,35
2017	369.269.232,01
2018	1.079.586.715,03
2019	124.131.624,00
Total geral	1.981.297.509,34

Fonte: Funasa

78. Dessa forma, a falta de saneamento básico, decorrente da dotação orçamentária insuficiente para atender a todos os municípios e a falta de critérios objetivos de elegibilidade e prioridade, como a utilização de dados epidemiológicos e socioeconômicos, para beneficiar os municípios mais carentes, afeta a saúde da população e promove um elevado número de municípios com epidemias e endemias, como também gastos com internações por doenças como diarreia, verminoses, difteria, hepatite, entre outras. De acordo com Jack Slim, fundador da World Toilet Organization, o saneamento básico pode ser considerado como uma intervenção pública de menor custo efetividade para combater doenças relacionadas à má qualidade da água ou falta de coleta e tratamento de esgoto, pois a cada dólar gasto com saneamento há um retorno de US$ 5 (disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/25/brasil-tem-48-da-populacao-sem-coleta-de-esgoto-diz-instituto-trata-brasil>. Acesso em 30/3/2020).

79. Segundo Moore (2002), se não houver certeza quanto à conexão causal entre o serviço do governo (promover saneamento básico aos municípios com até cinquenta mil habitantes) e os resultados sociais desejados (redução de agravos decorrentes da falta de saneamento), essa segunda justificativa se torna frágil. Frequentemente a importância do objetivo justificará a existência da organização, mesmo em situações nas quais o desempenho seja um tanto incerto (por exemplo, por falta de recursos orçamentários).

80. Portanto, quando se pensa em distribuir os benefícios de um empreendimento em termos de satisfação de necessidades sociais, princípios bem diferentes vêm à tona. Essa questão se aplica quando se faz necessário decidir como o investimento em saneamento básico será entregue para a população mais carente. O valor da entidade pública precisa ser avaliado em relação às expectativas dos cidadãos por justiça e equidade, bem como por eficiência e eficácia (MOORE, 2002).

81. Desse modo, faz-se oportuno propor os encaminhamentos abaixo relacionados.

82. No que se refere aos critérios de elegibilidade e priorização para formalização dos instrumentos de repasse com os municípios que fazem parte do público alvo da entidade, recomendar à Funasa que:

i) utilize dados epidemiológicos, tais como a incidência e prevalência de doenças relacionadas à insuficiência de saneamento, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária;

ii) considerando que a entidade atende 88% dos municípios brasileiros, avalie a adoção da estratificação de municípios aplicando-se o critério de concentração populacional, a exemplo do adotado nesta auditoria, a fim de procurar equilibrar a distribuição de recursos dos instrumentos de repasse entre municípios de menor e maior porte populacional;

83. Os principais benefícios esperados com a implementação das recomendações são fortalecer o papel da Funasa na promoção da saúde pública e inclusão social por meio de ações de saneamento básico e contribuir para a redução dos fatores de riscos à saúde ocasionados pelas condições inadequadas de saneamento.

2.2 Comprometimento do alcance dos objetivos da Funasa devido à elevada quantidade de instrumentos de repasse que ensejam a instauração de TCE ou convênios e termos de compromisso expirados por inexecução e/ou não conclusão de obras

84. A Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 estabelece que o concedente dos instrumentos de repasse tem a competência e a responsabilidade de gerir projetos e atividades mediante o monitoramento e acompanhamento da conformidade física e financeira durante a execução, além da avaliação da execução física e dos resultados (art. 6º, inciso I).

85. Este preceito normativo é importante, porque a sua inobservância pode criar riscos para a não consecução dos objetivos e resultados esperados em relação aos instrumentos de repasse celebrados pela entidade.

86. Na Funasa, pode-se observar que esses objetivos encontram-se comprometidos em razão da elevada quantidade de Tomadas de Contas Especial (TCEs) e Processos de Cobrança Administrativa (PCAs) e, também, de TCEs a instaurar, conforme demonstrado na Tabela 15.

87. Dos instrumentos de repasse celebrados pela Funasa, de 1988 até 2015, foram instaurados 4.704 TCEs, 961 PCAs e tem-se 746 TCEs a instaurar.

88. Além disso, considerando que a partir de 2013 ainda não foi instaurada nenhuma TCE, e que existem várias delas a instaurar nos exercícios anteriores a 2013, depreende-se que há demora para sua instauração e sua concretização - não se instaurou nenhuma TCE em relação a convênios e termos de compromisso celebrados nos últimos sete anos.

89. Ademais, da análise da Tabela 15, depreende-se que é grande a probabilidade dos percentuais de TCEs aumentarem em relação a convênios celebrados a partir de 2007, podendo superar o quantitativo de 10%, haja vista os percentuais de TCEs a instaurar.

Tabela 15 - Quantitativo de PCAs e TCEs instaurados, e TCEs a instaurar (por ano) - posição dez/2019

Ano	Qtdade Conv Celebrado	Proc de Cobrança Administrativa		TCE		TCE A INSTAURAR		Total geral
Anterior a 2002	11.250 (*)	337	3,0%	2036	18,1%	115	1,0%	2488
2002	1.318	66	5,0%	697	52,9%	24	1,8%	787
2003	847	40	4,7%	279	32,9%	16	1,9%	335
2004	1.308	65	5,0%	235	18,0%	23	1,8%	323
2005	2.454	92	3,7%	415	16,9%	42	1,7%	549
2006	2.458	94	3,8%	372	15,1%	37	1,5%	503
2007	2.361	103	4,4%	211	8,9%	89	3,8%	403
2008	2.061	65	3,2%	187	9,1%	130	6,3%	382
2009	1.808	36	2,0%	123	6,8%	83	4,6%	242
2010	1.046	17	1,6%	33	3,2%	42	4,0%	92
2011	1.405	32	2,3%	91	6,5%	81	5,8%	204
2012	698	9	1,3%	25	3,6%	41	5,9%	75
2013	684	3	0,4%	0	0,0%	9	1,3%	12
2014	972	2	0,2%	0	0,0%	14	1,4%	16
Total geral (*)	30.670	961	3,1%	4.704	15,3%	746	2,4%	6.411

(*) dados estimativos
Fonte: Elaboração própria a partir de informações fornecidas pela Funasa

Tabela 16 - Quantidade de TCEs x Quantidade de convênios (por região a partir de 2002)

Região	Nº de TCE	Nº de Convênios	% de TCE
CENTRO OESTE	152	2.025	7,5%
NORDESTE	1.732	12.147	14,3%
NORTE	415	2.853	14,5%
SUDESTE	320	4.178	7,7%
SUL	49	2.889	1,7%
Total geral	2.668	24.092	11,1%

Fonte: Elaboração própria a partir de informações fornecidas pela Funasa

90. Tomando-se como referência convênios celebrados a partir de 2002, abrangendo 24.092 instrumentos de repasse, têm-se a instauração de 2.668 TCE. As regiões norte e nordeste apresentam os maiores índices com, respectivamente, 14,5% e 14,3%de TCE instauradas em relação ao quantitativo de convênios e termos de compromisso celebrados (Tabela 16).

91. Outra evidência a considerar diz respeito à Portaria Funasa 4.749, de 31 de maio de 2019, que determinou o cancelamento de empenhos inscritos em restos a pagar e o consequente cancelamento dos respectivos instrumentos de transferência de recursos que se enquadrassem nas situações elencadas na Tabela 17.

Tabela 17 - Instrumentos de repasse para cancelamento pela Portaria Funasa 4749/2019

Condição para cancelamento	*Instrumentos de Repasse determinados pela Portaria 4749/2019 para cancelamento*			*Instrumentos de Repasse efetivamente cancelados pela Funasa*	
	Nº convênios	*Valor de Repasse (R$)*	*Saldo inscrito em RP (R$)*	*Nº convênios*	*Valor de Repasse (R$)*

Celebrados nos exercícios de 2017 e 2018, oriundos de emenda coletiva, com empenho parcial, sem desembolso por parte do concedente, sem execução física iniciada e sem disponibilidade orçamentária suficiente para garantir a execução dos objetos pactuados (Anexo I)	*453*	*742.321.772,44*	*168.536.894,71*	*14*	*16.371.694,91*
Celebrados nos exercícios de 2017 e 2018 com municípios integrantes da Região Metropolitana (RM) ou Região Integrada para Desenvolvimento Econômico (RIDE), que tenham seus objetos inseridos nas Ações Orçamentárias 10GD (Sistemas de Abastecimento de Água), 10GE (Sistemas de Esgotamento Sanitário) e 10GG (Resíduos Sólidos Urbanos), sem desembolso por parte do concedente e sem execução física (Anexo II)	*35*	*51,616.763,15*	*40.579.952,71*	*3*	*1.213.928,57*
Celebrados entre os exercícios de 2002 e 2016, ainda que vigentes no ano de 2019, sem desembolso por parte do concedente e sem execução física, excetuando-se da presente medida aqueles instrumentos que, celebrados no exercício de 2016, tenha sido apresentado projeto básico que se encontre em análise (Anexo III)	*305*	*208.608.390,43*	*205.057.387,81*	*39*	*22.270.427,64*
*Celebrados entre os exercícios de 2002 e 2016, sem desembolso por parte da concedente, sem execução física iniciada, que tiveram suas **vigências expiradas até 31 de dezembro de 2018** (Anexo IV)*	*56*	*35.919.699,52*	*32,460.669,79*	*45*	*32.484.409,02*
Total	***849***	***1.038.466.625,52***	***446.634.904,93***	***101***	***72.340.460,14***

Fonte: Funasa

92. Para tanto, a Funasa identificou a existência de valores inscritos em restos a pagar que poderiam ser considerados precários, seja pela insuficiência de crédito registrado perante a obrigação assumida, seja pela procrastinação de convênios sem execução além do razoável (peça 63).

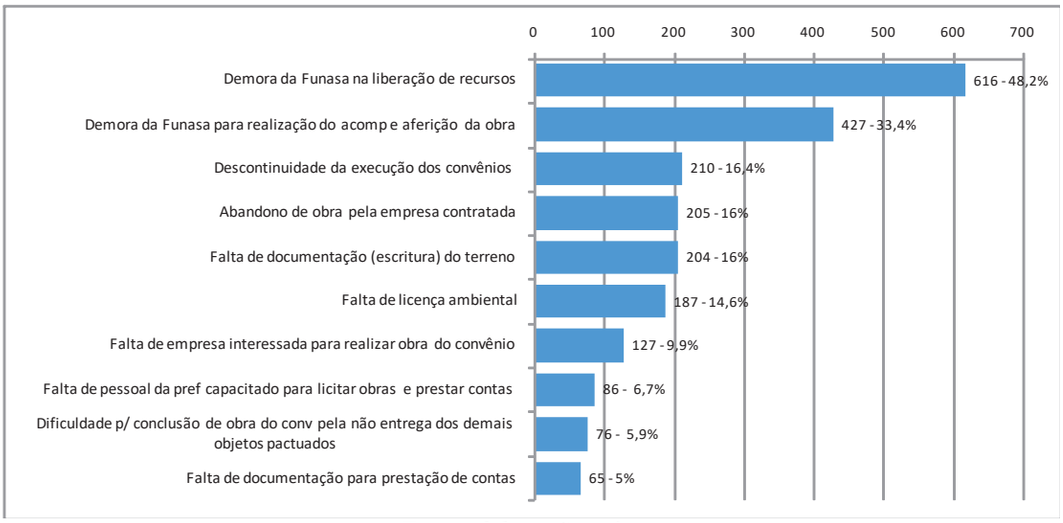
93. Releva destacar que, conforme arts. 3º e 4º da Portaria Funasa 4.749/2019, o cancelamento dos empenhos de restos a pagar correspondentes aos instrumentos de transferência retromencionados deveriam estar concluídos imediatamente após a publicação da Portaria, e as providências para a rescisão/cancelamento dos instrumentos de transferência de recursos, concluídas em até 90 dias após a publicação da Portaria.

94. Cabe observar que, além de comprometer o alcance dos objetivos pela não conclusão satisfatória do objeto do convênio ou do termo de compromisso, os controles requeridos para executar os procedimentos de TCE e PCA demandam aumento dos custos administrativos envolvidos, motivado pela necessidade de a Funasa se concentrar operacionalmente em atividades de natureza apuratória em detrimento das atividades de análise e aprovação das prestações de contas apresentadas pelos convenentes. A título de exemplo, listamos Acórdãos exarados pelo TCU relacionados com eventos de risco na instauração de TCEs por parte da Funasa, que estão sendo objeto de acompanhamento pelo Egrégio Tribunal de Contas: Acórdãos 10147/2017-TCU-2ª Câmara, 6879/2016-TCU-2ª Câmara, 5653/2016-TCU-1ª Câmara, 198/2013-TCU-Plenário.

95. Importante destacar, também, resultado da pesquisa realizada com prefeitos (1.279 respondentes) e Deputados Federais (10 respondentes), sobre as principais dificuldades enfrentadas

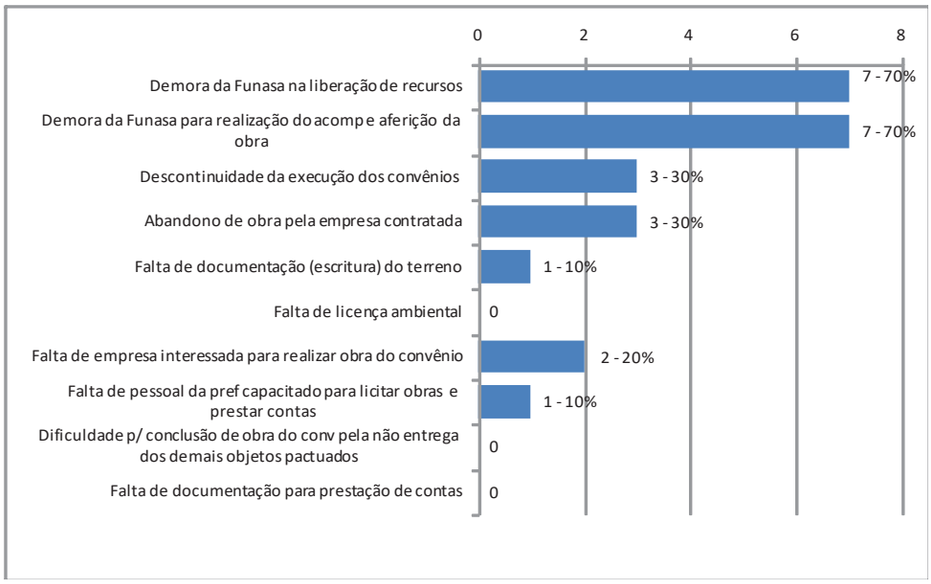
pelos municípios para executar e prestar contas dos convênios celebrados com a Funasa, demonstradas nos Gráficos 4 e 5. De acordo com a percepção dos participantes, as principais dificuldades estão relacionadas com a demora na liberação de recursos (48,2% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais), demora para realização do acompanhamento/avaliação/aferição da execução da obra do convênio (33,4% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais), descontinuidade da execução dos convênios em razão da não reeleição do prefeito, ou eleição de prefeito de partido adversário (16,4% dos prefeitos e 30% dos Deputados Federais), abandono de obra pela empresa contratada (16% dos prefeitos e 30% dos Deputados Federais).

Gráfico 4 - Opinião dos prefeitos sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo município para executar e prestar contas dos convênios celebrados com a Funasa



Fonte: elaboração própria

Gráfico 5 - Opinião dos Deputados Federais sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo município para executar e prestar contas dos convênios celebrados com a Funasa



Fonte: elaboração própria

96. Ademais, há relatos de prefeitos quanto à demora e excesso de procedimentos dos gestores da Funasa nos estados para aprovar a conclusão das etapas das obras, objeto dos convênios celebrados:

Eu como gestor municipal, não tenho mais interesse em celebrar convênios com a Funasa. Mata o município no cansaço. Ter mais agilidade nas avaliações e acompanhamentos dos convênios. Pex, o nosso município tem convênio de 2017, sem sequer o projeto ter sido aprovado por causa de falta de geólogo na Funasa. Enquanto isso o povo precisando da água.

Os projetos da Funasa levam vários anos só para análise, todo dia pedem uma coisa diferente. Na minha cidade, desde 2017, temos um projeto de melhorias sanitárias, e até hoje o técnico que analisa o projeto, nunca se satisfaz com as informações solicitadas. Muita burocracia por parte de todos. Precisa mudar, isso é um absurdo.

Demora na aprovação de projetos. Demora na liberação dos recursos. Temos convênios celebrados para implantação de sistemas de abastecimentos com mais de dois anos sem analisar. Falta de engenheiros para análise dos projetos. Excesso de documentação para aprovação de um projeto.

Os processos são morosos, há divergências entre técnicos que aprovam os projetos e os que acompanham a execução o que gera uma infinidade de aditivos, não cumprimento de prazos na execução e defasagem dos preços inviabilizando a conclusão das obras. Agilidade nos processos e uniformização de pareceres e procedimentos dos técnicos.

97. Além disso, verificou-se uma demanda de prestação de serviços de treinamento, capacitação e de orientação técnica aos convenentes por parte da Funasa, conforme percepção dos prefeitos respondentes ao questionário, com 85 comentários a respeito desse assunto:

A Funasa é um órgão que vem contribuindo muito com o desenvolvimento do Brasil. Precisa mais acompanhamento nos projetos desde o início principalmente, para evitar menos erros, e dificuldades nas execuções finais dos projetos.

O fato de não haver escritórios regionais dificulta o acesso as informações e esclarecimentos. Seria importante cursos/treinamentos para acesso aos recursos, elaboração de projetos técnicos e prestação de contas (mesmo que seja EAD).

Nos últimos projetos cadastrados, tivemos dificuldades na elaboração, por falta de técnicos treinados para tal. Oferecer capacitações/cursos à distância ou presencial, para técnicos e profissionais para elaboração de projetos em conformidade com as exigências da Funasa.

A Funasa necessita de se aproximar dos municípios, no mínimo fazer divulgações, contatos, cursos, eventos informativos a nível regional, aproveitando as associações regionais de municípios, (...).

Nota-se que ao buscar esclarecimentos referentes aos convênios, os funcionários/técnicos não têm conhecimento de modo a solucionar problemas. O que se observa é que um "passa a bola para o outro", ou seja, independente se você liga ou vai pessoalmente ao lugar em busca de ajuda, todos enrolam e não conseguem esclarecer nada. A impressão que se tem é que nem lêem os projetos e que estão totalmente desinteressados(...).

98. O cenário apresentado é preocupante, dado o elevado quantitativo de TCEs instauradas (média geral de 15,3% em relação à carteira de convênios da Funasa) e de TCEs a instaurar (média geral de 2,4%) e a demora para a sua concretização, tendo em vista que ainda existem muitos processos de TCE a instaurar de convênios celebrados há mais de dez anos, como também em relação aos 849 instrumentos de repasse formalizados desde 2002 e ainda vigentes, e sem nenhum recurso liberado pela entidade no que concerne ao montante de R$ 1.038.466.625,52, e que estão sendo cancelados ou em processo de cancelamento.

99. Disso, depreende-se que não houve o devido monitoramento e acompanhamento da conformidade física e financeira dos instrumentos de repasse sob a gestão da Funasa, prejudicando a consecução dos objetivos colimados.

100. De fato, evidencia-se que a Funasa não deve se limitar a simplesmente repassar recursos para execução de obras de saneamento. Para dar mais efetividade e credibilidade às suas ações é preciso implementar indicadores qualitativos e relatórios gerenciais que possibilitem o monitoramento e avaliação das principais causas e fatores que ocasionaram a necessidade de instauração de TCE. Tais mecanismos de controle seriam importantes ferramentas para redução do volume de TCEs instauradas pela Funasa.

101. Também, é necessário que, em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 11 do Decreto 8.867/2016, a entidade se aproxime mais dos gestores municipais com o objetivo de coordenar, planejar e supervisionar a execução de atividades de cooperação técnica aos municípios para prestar esclarecimentos e orientações técnicas, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização, prestação de contas e capacitação, especialmente para atender às demandas dos pequenos municípios, de forma a melhorar a gestão dos sistemas públicos de saneamento.

102. Na visita da equipe de auditoria ao Maranhão, no período de 14 a 18 de outubro de 2019, cabe comentar sobre uma boa prática, de iniciativa da Suest estadual. A superintendência promoveu, no período de 17 a 18 de outubro, no município de Estreito, distante 756 km da capital, o evento "Funasa em Ação", com a participação dos municípios da região, que possuíam convênios com a instituição, e de outros órgãos federais. O encontro teve como estratégia estreitar a relação da Funasa com gestores municipais como uma forma de agilizar a situação dos convênios e termos de compromisso que se encontravam com dificuldades no andamento dos processos, orientar os gestores

sobre os diversos assuntos relativos aos instrumentos de repasse com objetivo de sanear pendências e reduzir a incidência de termos aditivos para dilação de prazos desses instrumentos.

103. Assim, faz-se oportuno propor os encaminhamentos abaixo relacionados.

104. No que se refere às medidas para mitigar a não realização/conclusão de obras, objeto dos instrumentos de repasse, recomendar à Funasa que:

i) aprimore o monitoramento dos instrumentos de repasse que permita que a entidade realize esse controle automatizado do cronograma físico e financeiro dos projetos e que as necessárias e oportunas providências sejam adotadas para evitar a procrastinação da execução ou a não entrega do objeto pactuado;

ii) preste serviços de cooperação técnica e apoio à gestão municipal para melhoria da gestão dos sistemas públicos de saneamento, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização e prestação de contas.

105. Determinar à Funasa que, no prazo de sessenta dias, informe o Tribunal sobre a conclusão do cancelamento dos instrumentos de repasse, consoante o disposto nos arts. 3º e 4º da Portaria Funasa 4.749/2019.

106. Com a implementação das recomendações propostas espera-se que a entidade adote as melhores práticas de gestão de investimentos de repasse de modo a privilegiar a execução de objetivos e conferir maior qualidade ao investimento público, bem como fortalecer a gestão dos municípios com vistas à sustentabilidade das ações de saúde e saneamento ambiental.

3. Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?

107. O presente capítulo tem por objetivo avaliar se a Funasa tem capacidade institucional para gerir os instrumentos de repasse, do ponto de vista orçamentário, financeiro e de pessoas, de forma eficiente, para o alcance dos objetivos desejados.

3.1 Reduzido quadro de técnicos para realizar visitas técnicas, acompanhamento e fiscalização de obras, bem como analisar e aprovar as prestações de contas dos convênios

108. A Portaria Funasa 1.914/2018 estabelece que após a conclusão dos procedimentos de celebração dos convênios, termos de compromisso do PAC, termo de execução descentralizada e outros instrumentos congêneres, a Coordenação-Geral de Convênios enviará os respectivos autos dos processos às Superintendências Estaduais pertinentes, que os manterão devidamente atualizados em sua instrução física e eletrônica. (artigo 1º, § 1º)

109. Complementarmente, a Portaria Funasa 5.598/2018 define que cabe à área de convênios realizar, para fins de liberação das parcelas, a análise da documentação do instrumento de transferência e dos requisitos administrativos dispostos na legislação em vigor, mediante emissão de Relatório de Monitoramento Administrativo (RMA), e às áreas técnicas de engenharia e de saúde ambiental organizar e manter agenda com programação periódica de visitas, quando cabível ao objeto, bem como manter atualizados os registros de todos os objetos financiados em andamento sob a responsabilidade da Superintendência Estadual nos sistemas de informação.

110. A Tabela 18 demonstra que a Funasa possui, no seu quadro de servidores, entre ativos, celetistas, com contrato temporário, empregados públicos, nomeados em cargos comissionados e requisitados, um total de 2.089 pessoas, sendo 287 servidores na Sede-DF e 1.802 nas Superintendências Estaduais.

Tabela 18 - Lotaciograma da Funasa

QUANTITATIVO DE PESSOAS POR SUEST em 31/1/2020						
UF	Quantidade de servidores por UF (sem os cedidos) Total disponivel (Sede + Suest) (*)	Quantidade de pessoas para analisar e aprovar as prestações de contas de convênios e TC (Suest)	Quantidade de pessoas para realizar visitas técnicas de acompanhamento e avaliação (Suest)	Quantidade de Convênios e TC celebrados (**)	Quantidade de Convênios e TC vigentes (***)	Número de Municípios com menos de cinquenta mil habitantes
DF	287	n/a	n/a		n/a	n/a
AC	29	1	2	412	86	20
AL	72	1	4	713	86	91
AM	103	3	4	442	81	52
AP	69	2	1	180	28	13
BA	157	5	7	1.808	514	371
CE	102	0	5	2.070	302	148
ES	32	0	1	454	45	66
GO	63	2	8	846	248	222
MA	97	1	5	1.504	226	192
MG	77	1	6	2.315	614	782
MS	43	2	1	569	134	71
MT	57	1	1	582	128	130
PA	146	2	4	962	304	98
PB	85	1	2	1.989	360	213
PE	120	2	2	1.117	155	149
PI	72	4	4	1.681	572	219
PR	48	1	1	1.263	237	363
RJ	69	1	1	489	105	54
RN	60	1	2	894	201	159
RO	70	2	1	208	31	45
RR	45	1	0	186	51	14
RS	26	1	2	1.028	245	452
SC	43	2	1	598	81	265
SE	33	1	2	371	92	68
SP	36	1	4	920	268	506
TO	48	1	1	463	130	134
Total Geral	2089	40	72	24.064	5.324	4.897

** Ativo permanente + CLT + Contrato temporário + Emprego público + Excedente a lotação + Exerc descentr carreira + Exerc parag 7º Art 93 da Lei 8112 + Exerc provisorio + Nomeado cargo comissão + Requisitado*

*** Não foram considerados os convênios celebrados com o DF ou de UF não identificada*
**** Dados do BI Funasa (instrumentos vigentes por UF)*
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Funasa

111. No entanto, apesar de um quantitativo razoável de servidores distribuídos em cada Superintendência Estadual, verifica-se uma carência de técnicos com formação e perfil adequados para realizar a análise e aprovação das prestações de contas dos instrumentos de repasse de recursos, bem como de técnicos para realizar visitas técnicas de acompanhamento, avaliação e aferição da execução de obras dos convênios e termos de compromissos celebrados pela Funasa. São 1.802 servidores nas Suest e apenas 112 técnicos disponíveis, correspondente a 6,2% da força de trabalho,

para acompanhar 5.324 instrumentos de repasse atualmente vigentes distribuídas nas unidades federadas.

112. Em algumas Superintendências Estaduais verifica-se que não há nenhum servidor para realizar qualquer dessas atividades essenciais, como ocorre nas Suest-CE, Suest-ES, Suest-RR, em outras, têm apenas um servidor.

113. Considerando, para cada Suest, o quantitativo de instrumentos de repasse e o número de municípios que são abrangidos na sua área de atuação, evidencia-se que o quadro insuficiente de servidores qualificados e disponíveis para aprovar as prestações de contas e realizar visitas técnicas de acompanhamento e avaliação compromete sobremaneira a eficiência da Funasa na gestão dos convênios e termos de compromisso, ocasionando demora excessiva para realizar essas atividades.

114. Essa estimativa de demora é corroborada com a percepção de Deputados Federais que participaram da pesquisa eletrônica, e apresentaram os seguintes comentários:

A Funasa tem um déficit de funcionários (engenheiros) nos estados e por isso a prestação de serviços/análise/acompanhamento/aprovação é prejudicada ou totalmente ineficaz.

Faz-se necessária a contratação de um número maior de servidores capacitados, bem como a desburocratização de processos, que consideramos, em grande parte, excessivos.

A falta de agilidade para a liberação dos recursos às vezes ultrapassa um ano. Além disso, a carência de pessoal dificulta as visitas técnicas e atrasa o processo.

Vejo uma dificuldade muito grande quanto à falta de servidores para que possa analisar e agilizar a efetivação dos convênios. Essa falta de pessoal prejudica muito o bom desenvolver dos projetos

Acredito que o quadro técnico de servidores da Funasa está defasado, e viciado. A queixa dos gestores municipais é enorme, pelo menos no meu estado, com relação ao trabalho, diligência e compromisso dos servidores do órgão.

Tem de contratar pessoal, como engenheiros, geólogos e analistas, para ser célere nas execuções dos convênios e prestação de contas e, por fim, nos processos de pagamentos das medições também; só que essa parte não é tão lenta como as demais.

115. A reduzida força de trabalho da Funasa se deve à não possibilidade de realizar concursos e/ou contratação de pessoal temporário.

116. Para suprir a carência de técnicos da instituição, encontra-se em curso processo de contratação de serviços especializados de apoio em engenharia consultiva e assessoramento técnico na gestão das ações de Funasa. Os serviços serão realizados na sede da Suest e nos municípios atendidos por meio de instrumentos de repasse quando se tratar de atividades em campo. O certame será na modalidade de Regime Diferenciado de Contratação (RDC) (peças 51 e 52).

117. Além disso, evidenciou-se, quando da aplicação da análise SWOT (Apêndice A), baixa competência/capacidade dos servidores antigos em adotar os processos informatizados da Funasa.

118. Tal situação pode ser corroborada pela percepção de prefeitos respondentes ao questionário eletrônico.

Colocar pessoas mais capacitadas e com cunho mais atualizado para atender os municípios quanto aos sistemas SIGA e Plataforma mais Brasil.

O pessoal que tem na Funasa responsável pelo Siconv não sabe de nada.

Falta técnico capacitado no Siconv a partir da aceitação da proposta, atendendo a análise do projeto básico e executivo rumo a licitação;

O corpo técnico da Funasa apresenta falta de capacidade técnica na utilização do sistema Siconv

A Funasa conta com equipe técnica totalmente incapacitada na realização de análises de projetos e prestação de contas, pois os engenheiros trabalham com estagiários que por muitas vezes, realizam todos os serviços, os engenheiros não apresentam conhecimentos e habilidades especificas para lidar com o sistema e mudanças ocorridas pelo sistema da Plataforma mais Brasil.

119. Importante salientar que, quando da criação da Funasa em 1991 (por intermédio do Decreto 100/1991), como resultado da fusão de vários órgãos, entre os quais, FSESP, Sucam, SNABS e SNPES, a entidade absorveu servidores, muitos deles bastante qualificados, especialmente para lotação nas Suest. Ocorre que, conforme lotaciograma apresentado pela Funasa, atualmente, existe um contingente de servidores com competência e capacidade técnica limitada para realizar atividades finalísticas inerentes à área de saneamento. Para evidenciar essa situação, a Tabela 19 relaciona os vinte cargos com maior quantitativo de servidores na Funasa.

Tabela 19 - Quantitativo de servidores por cargo na Funasa

CARGO	Total Geral
Agente administrativo	354
sem cargo definido	141
Motorista / motorista oficial	101
Auxiliar de administração	80
Engenheiro	79
Auxiliar administrativo	74
Auxiliar de saneamento	73
Assistente de administração	66
Atendente	64
Auxiliar de serviços gerais	60
Agente de saúde publica	46
Agente de vigilância	46
Médico	40
Agente de portaria	30
Guarda de endemias	30
Auxiliar de serviços gerais	28
Técnico de contabilidade	28
Datilógrafo	23
Laboratorista	23
Enfermeiro	21

Fonte: Lotaciograma da Funasa

120. Da análise das Tabelas 18 e 19, depreende-se a necessidade de se realizar o perfil profissiográfico para a identificação, capacitação e captação de servidores da Funasa para exercer atividades finalísticas na área de saneamento.

121. Cabe, ainda, comentar sobre o monitoramento do Acórdão 2781/2018-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Augusto Nardes, referente ao item 9.1.3 (servidores cedidos):

9.1.3. o encaminhamento da situação dos 1671 servidores cedidos, com justificativas do que será feito diante do quadro iminente de redução de quase 87% de todos seus recursos humanos disponíveis, sem previsão de realização de concurso público em horizonte de curto prazo; se a decisão for pela manutenção da cessão dos servidores, que apresente estratégias a serem adotadas para superar o déficit do quadro de pessoal, alternativamente ao pedido de realização de concurso público;

122. O relatório de monitoramento (TC 006.652/2019-0) verificou que, quanto aos 1.671 servidores cedidos e requisitados, a Funasa conseguiu fazer retornar aos seus quadros um número muito reduzido (onze no total), e a probabilidade de fazer retornar outros 592 restantes seria pequena em face da imposição do caráter da irrecusabilidade da manutenção das requisições. Além disso, considerando que as ações até então empreendidas não se mostraram capazes de alterar a situação encontrada à época da auditoria, foi proposta a aprovação de um novo ciclo de monitoramento, com previsão de início em 2021, a fim de monitorar a implementação e efetividade das aludidas medidas.

123. Dessa forma, o quadro deficitário de servidores competentes e capacitados ocasiona o represamento de visitas para aprovação de etapas de execução de obras e de análise das prestações de contas dos instrumentos de repasse.

124. Acarreta, também, demora na conclusão dos objetos contratados, exigindo contínuas prorrogações, e provocando a não conclusão dos convênios (ver Seção 3.4).

125. Assim, recomenda-se que a Funasa: i) realize o perfil profissiográfico para auxiliar a determinar as características desejáveis de seus servidores, suas habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais, a fim de qualificá-los para o desempenho adequado nas atividades finalísticas das Suest; e ii) implemente um plano de capacitação e treinamento dos servidores.

126. Com a implementação das recomendações espera-se que a entidade adote práticas de gestão de pessoas que visem captar, desenvolver, reconhecer e promover o bem-estar dos servidores e colaboradores.

3.2 Alocação e aplicação de recursos orçamentários não alinhado com sua capacidade operacional para acompanhar e executar os objetos dos convênios

127. Consoante o Decreto 6.170/2007, artigo 9º e parágrafo único, no ato da celebração do convênio ou contrato de repasse, o concedente deverá empenhar o valor total a ser transferido no exercício e efetuar, no caso de convênio ou contrato de repasse com vigência plurianual, o registro no Siafi, em conta contábil específica, dos valores programados para cada exercício subsequente. Tal registro acarretará a obrigatoriedade de ser consignado crédito nos orçamentos seguintes para garantir a execução do convênio.

128. Nesse mesmo sentido, a Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016, que estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto 6.170/2007 e dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, prevê em seu artigo 10, parágrafo único, que para o instrumento cuja duração ultrapasse um exercício financeiro deverá ser indicado o crédito e respectivo empenho para atender à despesa no exercício em curso, bem como cada parcela da despesa relativa à parte a ser executada em exercício futuro, mediante apostilamento. A referida previsão de créditos orçamentários em exercícios futuros deve ser incluída nas propostas dos exercícios seguintes com a dotação necessária à execução do instrumento.

129. Como é possível se observar pela Tabela 20, ainda que com dados não completamente consistentes em razão de deficiência da Funasa em fornecer dados plenamente confiáveis, ela tem gerido um grande volume de convênios ao longo dos anos. De 2002 a 2019 a carteira de convênios é composta por 24.097 convênios celebrados. Deste total, 9.604 estão com a situação concluída, que compreende aqueles instrumentos de repasse com o status, no sistema, de "concluída", "concluída com etapa útil e com pendência", "concluída com etapa útil e sem pendência" e "concluída sem início de operação".

130. Significa dizer que, ao longo desses dezoito anos, apenas 40% dos instrumentos de repasse celebrados atingiram o status de concluído. Para se chegar a esse status, cada um dos instrumentos celebrados demandou, em média 5,3 anos para ser finalizado.

Tabela 20 – Quantidade de convênios celebrados por tipo de instrumentos (por ano)

Ano do convênio	EMENDA		PAC		PROGRAMACAO		Total geral
2002	2	0,2%	0	0,0%	1.316	99,8%	1.318
2003	6	0,7%	0	0,0%	841	99,3%	847
2004	4	0,3%	0	0,0%	1.304	99,7%	1.308
2005	863	35,2%	0	0,0%	1.591	64,8%	2.454
2006	715	29,1%	0	0,0%	1.743	70,9%	2.458
2007	683	28,9%	935	39,6%	743	31,5%	2.361
2008	238	11,5%	1.517	73,6%	306	14,8%	2.061
2009	113	6,3%	1.149	63,6%	546	30,2%	1.808
2010	1	0,1%	371	35,5%	674	64,4%	1.046
2011	87	6,2%	731	52,0%	587	41,8%	1.405
2012	32	4,6%	414	59,3%	252	36,1%	698
2013	93	13,6%	48	7,0%	543	79,4%	684
2014	311	32,0%	645	66,4%	16	1,6%	972
2015	191	53,8%	0	0,0%	164	46,2%	355
2016	477	67,9%	0	0,0%	225	32,1%	702
2017	664	25,1%	0	0,0%	1.982	74,9%	2.646
2018	671	89,8%	1	0,1%	75	10,0%	747
2019	109	48,0%	0	0,0%	118	52,0%	227
Total geral	**5.260**	**21,8%**	**5.811**	**24,1%**	**13.026**	**54,1%**	**24.097**

Fonte: elaboração própria, a partir de dados fornecidos pela Funasa

131. Da mesma forma, a carteira de instrumentos firmados pela Funasa nos últimos anos tem registrado um volume de recursos orçamentários da ordem de mais de R$ 13.000.000.000,00. Pela Tabela 7 (Seção 1.5), verifica-se que, desse valor, acumulado até 2019, apenas 2,38 % (R$ 313.120.000,00) foram considerados concluídos. Ademais, R$ 4.390.000.000,00, ou 33,5 %, estão registrados como valor a liberar. Tais valores têm sido controlados como atos potenciais, principalmente, nas contas Siafi 812210101e 81221020, da UGE 36211 – Funasa.

132. A quantidade de instrumentos e o volume orçamentário firmado contrastam com o orçamento da Funasa. De 2015 a 2019, a dotação atualizada média, em valores nominais, foi de R$ 3.520.000.000,00 (Tabela 6 - Seção 1.5). Desagregando-se essa dotação por GND, percebe-se que o grupo Investimentos compõe apenas 26,8 % do orçamento (R$ 869.530.000,00) (Tabela 5 - Seção 1.5).

133. Analisando-se a execução orçamentária naquele mesmo lapso temporal, percebe-se, pela Tabela 21, que os restos a pagar processados e não processados têm se mantido na casa do bilhão. Em 2019, o valor inscrito foi de R$ 2.400.000.000,00, em valores nominais. Desses, 96 % se referem a restos a pagar não processados que vêm sendo rolados desde, pelo menos, 2010.

134. Cotejando-se, assim, os dados das Tabela 5,6 e 21 é possível concluir que a Funasa possui R$ 4.390.000.000,00 em instrumentos firmados sem o devido lastro orçamentário, o que indica que tanto o Decreto 6.170/2007 quanto a Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 não estão sendo observados. Isso também vale para a execução financeira. Como se apontou, a Funasa vem se utilizando de R$ 2.400.000.000,00 em restos a pagar para realizar suas operações.

Tabela 21 – Execução de Restos a Pagar 2015-2019

Execução de Restos a Pagar (RP)	DEZ/2019	DEZ/2018	DEZ/2017	DEZ/2016	DEZ/2015
RP Processados Inscritos	155.484.219,70	31.508.334,74	17.170.787,99	27.726.407,16	22.293.694,66
RP Processados Reinscritos	152.237.536,92	197.462.685,77	238.613.954,52	341.059.724,74	535.933.825,67
RP Processados Cancelados	42.249.463,85	23.492.748,62	21.754.512,31	52.329.155,52	142.176.554,07
RP Processados Pagos	162.448.140,47	53.240.734,97	36.567.544,43	77.843.021,86	74.991.241,52
RP Processados a Pagar	103.024.152,30	152.237.536,92	197.462.685,77	238.613.954,52	341.059.724,74
RP não Processados Inscritos	737.167.292,49	1.065.366.090,55	620.197.307,29	493.814.388,00	640.479.076,43
RP não Processados Reinscritos	2.284.050.088,08	1.880.464.931,81	1.718.638.127,89	1.950.896.263,74	1.924.667.434,39
RP não Processados Cancelados	366.916.632,04	199.459.399,80	156.483.499,65	188.478.812,89	191.259.481,52
RP não Processados Pagos	353.243.392,82	455.809.712,70	284.808.201,56	528.877.650,74	402.567.465,63
RP não Processados a Pagar	2.301.057.355,71	2.290.561.909,86	1.897.543.733,97	1.727.354.188,11	1.971.319.563,67
Total de RP Proc e não Proc	**2.404.081.508,01**	**2.442.799.446,78**	**2.095.006.419,74**	**1.965.968.142,63**	**2.312.379.288,41**

Fonte: Siafi

135. A rolagem de restos a pagar tem sido uma prática de financiamento em desalinho com a Lei 4.320/1964 e com a Lei Complementar 101/2001. Configura-se, ela, em verdadeira operação de crédito (financiamento), inclusive se desvinculando do conceito de dívida flutuante. Os valores revelados não exprimem sua totalidade, vez que não estão computados os restos a pagar inscritos em 2019, que só aparecerão no exercício de 2020.

136. Considerando-se, apenas para uma simples projeção, as despesas empenhadas em 2019 e as confrontando com as despesas pagas, menos uma taxa de cancelamento de empenhos (processados e não processados) de 13,70 %, padrão que vem se mantendo nos últimos anos, pode se estimar um impacto de restos a pagar para 2020 da ordem de R$ 496.000.000,00.

137. Dessa forma, caso não haja aumento dos valores firmados ainda não liberados, ter-se-ia R$ 4.500.000.000,00 de compromissos firmados ainda não liberados e R$ 2.900.000.000,00 em restos a pagar referentes a 2019, o que resultaria no montante de R$ 7.400.000.000,00 de convênios sem possível respaldo orçamentário e/ou financeiro.

138. Tal previsão pode ser corroborada pelo Balanço Patrimonial da Funasa (peça 74) referente ao exercício financeiro de 2019. Como é possível observar nesse Balanço, em seu quadro, principal, a Funasa possui um patrimônio líquido a descoberto de R$ 1.946.662.865,53, o que corresponde a 1,55 vezes o valor do Ativo Total da entidade (R$ 1.253.866.008,80). Em outras palavras, se fosse possível a falência daquela Fundação, a venda de todos os seus ativos não seria suficiente para pagar todas as suas obrigações (passivos).

139. Essa situação é ainda mais grave quando se analisa os Quadros de ativos e passivos financeiros e permanentes e o de compensações. Este apresenta um saldo em 2019 de atos potenciais passivos da ordem de R$ 4.668.209.169,80, enquanto aquele apresenta um passivo real (soma de passivo financeiro e passivo permanente) de R$ 5.052.562.785,62. Significa dizer que os números apresentados no quadro principal do Balanço Patrimonial não expressam a totalidade das obrigações patrimoniais assumidas e que podem vir a ser impactadas fortemente no futuro pela execução dos atos potenciais.

140. O grupo de trabalho (GT), instaurado pela Funasa para apresentar conclusões sobre as transferências voluntárias (peça 63) também identificou instrumentos celebrados sem o devido lastro. Segundo seu relatório,

O GT pode [sic] identificar a existência de valores inscritos em restos a pagar que poderiam ser considerados precários, seja pela insuficiência de crédito registrado perante a obrigação assumida, seja pela procrastinação de convênios sem execução além do razoável. Portanto optou-se por avaliar a possibilidade de cancelamento de empenhos inscritos em restos a pagar nas situações descritas.

141. A prática de celebração de instrumento a descoberto de lastro orçamentário e/ou financeiro no âmbito da Funasa é conhecida como "empenho parcial", ainda que tal modalidade

inexista na Lei 4.320/1964. Preocupado com a situação, informa o GT que solicitou resposta junto à Diretoria Executiva (Direx), em suas palavras:

O GT buscou identificar os instrumentos, derivados de recursos de programação ou de emendas parlamentares coletivas, em que o comprometimento orçamentário, assegurado pela figura da nota de empenho, foi parcial. Conforme os dois cenários principais avaliados pelo GT (1 e 2), o montante de parcerias na situação descrita é de altíssima relevância. Por essa razão o GT solicitou à Coordenação de Gestão Orçamentária/CGPLA/DIREX a se manifestar sobre a existência de disponibilidade orçamentária suficiente para atender esses convênios. (peça 63)

142. Em resposta, a Direx, mediante o Despacho 52/2019 COGEO, tendo por subsídios a pré-proposta orçamentária da Funasa de 2019 e a Lei 13.808/2019 (LOA), informou ao GT que o valor disponibilizado pela LOA/2019 não atendeu plenamente os anseios manifestados pela Fundação. Em outras palavras, o valor previsto ficou aquém do aprovado pela lei orçamentária. Segundo explica a Direx (peça 63):

Os valores foram projetados a partir dos compromissos assumidos em exercícios anteriores e acrescidos de convênios celebrados no exercício em curso, os quais necessitam de aporte orçamentário visando a finalização das obras em curso.

Diante do exposto e considerando as restrições e limitações orçamentárias no âmbito do Poder Executivo Federal, verificou-se que os valores aprovados na Lei Orçamentária Anual – LOA/2019 não atenderam às necessidades apresentadas na pré-proposta desta Funasa. Tal situação pode implicar em insuficiência do orçamento, haja vista os compromissos de instrumentos de repasse já assumidos, e que necessitam de complemento de recursos para dar continuidade aos respectivos empreendimentos.

143. Se o tamanho da carteira e o volume de recursos, ainda que sem lastro orçamentário e/ou financeiro, são elevados, o mesmo não se pode dizer sobre a capacidade operacional da Funasa para acompanhar e executar os objetos dos convênios.

144. Pesquisa realizada junto às prefeituras, conforme descrita na Seção 3.1 , capturou a seguinte percepção dos prefeitos respondentes:

O problema da Funasa é enorme na questão de pessoal para tramitar a parte da execução do convênio. Não tem pessoal para analisar projeto, não tem pessoal para fazer vistoria, e acima de tudo um sistema burocrático de tramitação muito complexo e pouco prático para as fases da execução. Sempre falta alguma coisa para conseguir.

Até 2 anos atrás a Funasa tinha um atendimento aos municípios razoável, hoje com a deficiência de funcionários, mesmo com a boa vontade de alguns, o serviço deixa muito a desejar (falta de profissionais engenheiros).

145. Pelo que se demonstrou, é evidente a escassez de recursos orçamentários, financeiros e humanos aportados à Funasa para cumprir com suas responsabilidades institucionais. Tal situação, todavia, não pode ser considerada como de única e exclusiva responsabilidade da Fundação, uma vez que há variáveis externas por ela não controladas, tais como as relativas a orçamento e contratação de servidores.

146. Vê-se, assim, no mínimo, um conjunto duplo de atores que têm atuado de forma a contribuir para a deterioração da instituição responsável por levar saneamento básico a 88% dos municípios brasileiros, quais sejam a União, pelo seu baixo comprometimento em aportar recursos (financeiros, humanos e de TI) suficientes para o bom desempenho dessa instituição; e a própria Funasa, face a ação leniente de ex-dirigentes em celebrar convênios desconectados da capacidade financeira e operacional da entidade.

147. Esse modo de agir, tem provocado impactos não apenas internos à Fundação, mas sobretudo externos, pois acaba frustrando a expectativa de vários municípios que não vêm o seu

problema resolvido, mesmo tendo celebrado um instrumento de repasse. E isso se agrava na medida em que se constata a inexistência de controles internos eficazes que coíbam a prática do denominado "empenho parcial" e a celebração financeira sem lastro orçamentário e financeiro.

148. A se perpetuar essa forma de atuação, é razoável vislumbrar o comprometimento dos escassos recursos com a manutenção de carteira que, em dezoito anos, a depender da correção dos dados apresentados, apenas 40% dos instrumentos puderam ser classificados como concluídos.

149. Da mesma forma, a diminuição anual de aporte de recursos orçamentários, bem como a não provisão dos recursos suficientes pela União para, em tempo razoável, dar continuidade aos convênios já firmados da ordem de R$ 7.400.000.000,00, possivelmente, comprometerá ainda mais a capacidade da Funasa para realizar convênios com recursos próprios.

150. Outro possível efeito, a se comprovar, é o comprometimento da fidedignidade das informações constantes do BGU em razão do possível não reconhecimento, ou ao menos da não evidenciação de passivo contingente (quando o caso), de dívidas no valor aproximado de R$ 7.400.000.000,00, atos potenciais e restos a pagar processados e não processados.

151. É, pois, com base nas evidências e análises apresentadas que se mostra razoável recomendar à Funasa que:

i) adeque, ao longo do tempo, o portfolio de atuação da entidade à capacidade operacional e aos recursos orçamentários disponíveis;

ii) aborde o processo orçamentário não somente para lidar com o problema de alocação de recursos, mas também servir como instrumento de apoio à decisão, em consonância com o sistema de planejamento estratégico e de gestão de políticas públicas; e

(iii) reduza ao mínimo possível o montante de "valores pendentes de empenho" e de "restos a pagar inscritos".

152. O principal benefício esperado com a implementação das recomendações é aprimorar a gestão orçamentária e patrimonial da Funasa.

3.3 Dificuldade para a realização de uma boa gestão financeira, impossibilitando efetuar o repasse de recursos aos convenentes de forma célere e eficiente

153. De acordo com a Portaria Funasa 5.598/2018, artigo 2º, a liberação das parcelas [dos instrumentos celebrados] ocorrerá em estrita observância ao cronograma de desembolso aprovado após a celebração, o registro no Siga, no Siafi ou no Siconv, conforme o tipo de instrumento de transferência, além das aprovações técnica e administrativa da Funasa.

154. Com o objetivo de levantar informações que permitissem aferir possíveis dificuldades para a realização de uma boa gestão dos recursos financeiros, indagou-se a Funasa, por meio do Ofício de Requisição 06-134/2020-TCU/SecexSaúde, peça 42, dentre outras, quanto:

a) à sua capacidade de celebração de convênios nos exercícios de 2016 a 2020 vis a vis a dotação orçamentária prevista, atualizada e efetivamente executada;

b) a existência de cronograma de desembolso financeiro referente aos exercícios de 2016 a 2020;

c) às possíveis dificuldades enfrentadas pela entidade para realizar a execução financeira dos instrumentos de convênios celebrados.

155. Para responder a essas e as demais questões constantes do Ofício de Requisição 06-134/2020, a Funasa, por meio do Ofício 13/2020/Audit/Presi-Funasa, de 2/3/2020, solicitou prorrogação de prazo por mais 60 dias, alegando a complexidade no levantamento das informações solicitadas pela área financeira.

156. Em resposta a tal solicitação, concedeu-se até o dia 17 de março, tendo em vista o cronograma de trabalho previsto para este trabalho de auditoria não permitir dilação maior. Acresça-se, entretanto, que, antes da remessa do Ofício de Requisição, foi realizada reunião presencial com o Chefe da Cgofi (peça 59). Nessa oportunidade não foi oposta nenhuma dificuldade para o atendimento da requisição.

157. Também mediante Ofício de Requisição 07-134/2020-TCU/SecexSaúde, de 17/2/2020, a equipe de auditoria indagou à Funasa se ela possuía rotinas sistematizadas para controlar os critérios e os procedimentos para transferência de recursos financeiros das ações de saneamento e de saúde ambiental, mediante convênio, termo de compromisso ou termo de execução descentralizada, conforme especificado na Portaria Funasa 5.598, de 12 de setembro de 2018, em especial quanto ao artigo 2º, §§ 1º, 2º, 3º e 4º; artigo 4°, §§ 4º e 5º; artigo 32, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º; e se tais critérios têm sido observados em relação aos convênios regidos pela referida Portaria.

158. Restringindo-se inicialmente ao artigo 2°, caput, em resposta, por meio do Despacho 109/2020 CGCON (peça 60), a Funasa não ofereceu resposta direta. Limitou-se a dizer, de forma geral, escudada por entendimento sedimentado pela Procuradoria Federal Especializada da Funasa, conforme Despacho de Aprovação 00026/2019/COVEN/PFFUNASA/PGF/CGU, que, por se tratar de direito fundamental à saúde, os convênios celebrados pela Funasa não poderiam ter suas transferências restringidas.

159. O que se pretendia descortinar com o Ofício de Requisição, todavia, era apenas saber se a Funasa possui procedimentos internos sistematizados para o controle dos prazos previstos na referida Portaria Funasa 5.598/2018, ou não. Mas pelo cotejamento das evidências até aqui apontadas, tudo leva a crer que a Funasa não dispõe de informações tempestivas e de sistemas que permitam o acompanhamento periódico dos diferentes prazos previstos nas diferentes legislações.

160. A inexistência de tais controles pode ter contribuído para que Funasa chegasse à situação de possuir uma carteira com mais de 4 mil instrumentos celebrados passíveis de anulação. A Tabela 22 dá uma ideia do que se levantou a partir da constituição de um GT para verificar a situação de um grupo de instrumentos celebrados desde 2002.

Tabela 22 - Instrumentos passiveis de anulação

Cenários considerados pelo GT	Quantidade	Valor inscrito em restos a pagar	Valor pendente de empenho
Celebrados em 2017 e 2018, oriundo de emenda coletiva, sem desembolso, sem execução iniciada.	462	172.921.864,87	601.532.734,87
Celebrados em 2017 e 2018, oriundo de recursos de programação, sem desembolso, sem execução iniciada.	1.255	183.653.548,94	670.249.859,84
Celebrados em 2017 e 2018, com municípios de região metropolitana ou RIDE, conforme o ano de celebração, nas Ações Orçamentárias l0GD, lOGE ou l0GG	41	82.884.952,71	20.736.810,44
Celebrados entre 2002 e 2016, vigentes, sem desembolso, sem execução iniciada.	689	430.054.099,75	5.739.990,68
Celebrados entre 2002 e 2016, expirados, sem desembolso, sem execução iniciada.	1.574	39.368.803,52	-
Total	**4.021**	**1.453.280.534,19**	**1.406.019.236,06**

***Obs:este levantamento subsidiou na elaboração da Portaria Funasa 4749/2019, que deliberou sobre o cancelamento de 849 convênios com valores inscritos em restos a pagar considerados precário**s.*

Fonte: Relatório GT, instituído por meio da Portaria Funasa nº 1.922, de 28 de fevereiro de 2019.

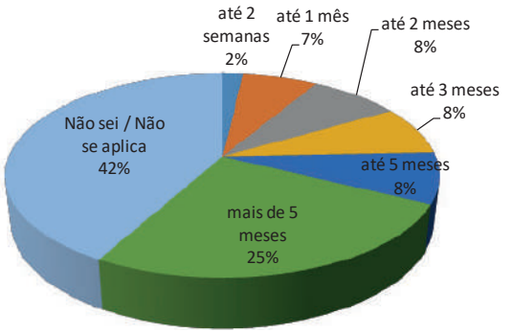
161. Percebe-se que a maior parte dos instrumentos celebrados sequer teve sua execução iniciada, porém causam um impacto à gestão orçamentária-financeira da ordem de R$

1.450.000.000,00 em valores inscritos em restos a pagar e R$ 1.400.000.000,00 de valores pendentes de empenho. Nessa situação, como se evidencia, há convênios celebrados desde 2002, inclusive já expirados.

162. Outra dificuldade, já apontada na Tabela 21 (Seção 3.2), é a quantidade elevada de restos a pagar gerida ao longo dos anos (R$ 2.400.000.000,00 acumulados em 2019). Tal magnitude, por certo, tem contribuído para mitigar a realização de gestão financeira eficiente na medida que compromete o planejamento do exercício corrente. Isso normalmente decorre em razão da afronta à anualidade orçamentária e da utilização do regime de caixa modificado. Com isso, perde-se a noção, caso não efetivamente controlado, do que realmente está acontecendo.

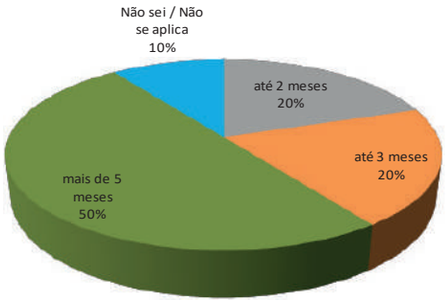
163. As dificuldades na gestão financeira também foram percebidas por Deputados Federais e prefeitos. Segundo a pesquisa eletrônica realizada, para 50% dos Deputados respondentes a liberação das parcelas dos convênios, após cumpridas todas as exigências, demora mais de cinco meses. 20% declararam demorar até dois meses e outros 20% declararam demorar até três meses. Já para 25% dos prefeitos a percepção é de que a demora é de mais de cinco meses. 42% dos prefeitos consultados preferiram não opinar a esse quesito (Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6 - Tempo estimado para a Funasa liberar parcela dos recursos dos convênios (prefeitos)



Fonte: elaboração própria

Gráfico 7 - Tempo estimado para a Funasa liberar parcela dos recursos dos convênios (Deputados Federais)



Fonte: elaboração própria

164. Em termos do grau de satisfação de Deputados Federais e prefeitos sobre a existência de dificuldades para a liberação de recursos por parte da Funasa (Gráficos 1 e 2 – Seção 1.6), a pesquisa revelou que 60 % dos Deputados e 32 % dos prefeitos respondentes se dizem "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com a liberação de recursos. Dentre os parlamentares, apenas 20% se consideram "satisfeitos". Dentre os prefeitos, 25% se dizem "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" e 19% reconhecem não estarem "nem satisfeitos nem insatisfeitos".

165. Também é possível verificar a dificuldade da gestão financeira da Funasa refletida nas respostas às perguntas qualitativas coligidas dos prefeitos (com 69 comentários sobre o assunto). Em síntese, para eles:

Demora-se na liberação do recurso financeiro.

Agilizar repasse das parcelas para que a obra não fique prejudicada quanto ao tempo de conclusão.

A demora da disponibilidade financeira após aprovação dos projetos e licitação ultrapassam muitos meses. Acreditamos que faltam técnicos para suprir a necessidade. (...)

A liberação das parcelas atrasa o cronograma de execução da obra. Criar um mecanismo no sistema (SIGA ou Plataforma+Brasil) para agilizar a liberação das parcelas e assim não atrasar o cronograma de execução da obra

Poderia ser mais ágil na avaliação da documentação para liberação dos recursos, pois devido a atrasos quando acontece a liberação os preços estão defasados

O principal problema sempre é a demora e a imprevisibilidade na destinação de recursos. Com isso, obras importantes ficam paralisadas, e muitas vezes os insumos necessários à obra sofrem reajuste (devido ao tempo demorado para repasse de recursos) e as empresas solicitam reequilíbrio de preços, o que onera os cofres públicos e atrasa o andamento das obras

As ações são importantes quando concretizadas, mas a lentidão é absurda. Tive um projeto de melhorias sanitárias que ficou 5 anos para liberar recurso de emenda parlamentar. Aumentar quadro técnico.

Nossa principal dificuldade no último ano são dois projetos aprovados e licitados pelo município. Em todo esse tempo o recurso não foi creditado até o presente momento. Lamentamos com o projeto aprovado pela Funasa. (...)

[Em razão da] Demora na liberação do pagamento do recurso, perdemos uma licitação devido à demora de mais de dois anos aguardando o pagamento. O sistema da Funasa deveria se comunicar melhor com o do SICONV, às vezes eles não se interagem e acusam falhas que não existem, principalmente no cadastro das contas bancárias.

166. Outra dificuldade encontrada para a realização de uma boa gestão financeira é a complexidade do fluxo (processos) para a liberação de recursos. O fluxo conta com várias atividades e muitas instâncias intervenientes. O processo se inicia na Cgcon (volta mais duas vezes a ela), passa pela Suest que executa várias tarefas e envia o processo novamente a Cgcon para aprovar a liberação da parcela. Daí segue para a presidência da Funasa que aprova a liberação da Cgcon e, por fim, o envia a Cgofi. Nesse percurso, 12 atividades são executadas até que a parcela seja liberada.

Pagamento:

a) Definir Analista Convênio (Cgcon)

b) Definição Parcelas (Suest ou Cgcon)

c) Análise Pagamento (Suest)

d) Aprovação Chefe Convênio (Suest)

e) Aprovação Superintendente (Suest)

f) Aprovação Coordenador Cgcon

g) Aprovação Diretor Direx

h) Aprovação Presidência

i) Convênios Autorizados Pagamento (Cgofi) a. Apropriar b. Emitir "Ordem bancária"

j) Pagos Total (Cgcon) a. Encaminhar para a prestação de contas

k) Convênios cancelados (Cgcon)

l) Emissão de GRU Avulsa (Cgofi – se aplicável)

167. O fluxo específico sobre a realização do pagamento das parcelas também não é nada simples. O processo é composto por doze fases/atividades e passa mais de uma vez por cinco diferentes instâncias que têm que apor sua aprovação para a efetivação do pagamento. Em que pese as cautelas necessárias, há espaço para aprimoramento desses fluxos que são partes importantes e vitais para o bom andamento dos compromissos pactuados.

168. Identificou-se, por fim, ainda na fase de planejamento, fraquezas que acabaram sendo corroboradas na fase de execução. Dentre as relacionadas às dificuldades aqui tratadas, destacam-se as seguintes, constantes da SWOT (Apêndice A):

a) Centralização das decisões na alta administração da Sede (F4);

b) A Funasa não se permite mudar sua forma de atuação (por exemplo, rever a forma de repasse de recursos) (F7);

c) Organização complexa da Funasa (vários níveis administrativos) dificulta a coordenação e controle das atividades, especialmente por parte do órgão central (F8).

169. Segundo se evidenciou, as causas que contribuem para o descontentamento com a gestão financeira da Funasa são apontadas inclusive por seus técnicos. É possível concluir a partir de tudo que se coligiu que as principais causas para isso são:

a) inexistência de controles sistematizados que permitam o acompanhamento e cumprimento efetivo dos diversos prazos previstos na Portaria Funasa 5.598/2018 e legislação correlata;

b) inexistência de banco de dados único atualizado e confiável relacionado à gestão e acompanhamento de instrumentos de repasse;

c) utilização de restos a pagar como estratégia para não perder recursos em virtude da diminuição do limite financeiro para pagamento de despesas, bem como meio de financiamento das atividades desenvolvidas pela Funasa.

d) centralização de decisões na alta administração e desenho organizacional complexo com vários níveis administrativos.

170. As dificuldades para que a Funasa disponha de gestão financeira eficiente têm gerado: (i) a transferência de recursos de forma intempestiva; (ii) prejuízo ao convenente que tem que arcar com as consequências advindas da intempestividade da liberação do recursos (paralisação de obras, desistência da empresa contratada para concluir a obra, aumento dos custos para realização da obra); (iii) atraso na conclusão do objeto pactuado; (iv) manutenção de volume de instrumentos celebrados em sua carteira por longo período de tempo, porém passiveis de anulação; e (v) falta de transparência quanto ao cronograma orçamentário e financeiro dos convênios celebrados.

171. É, assim, com base nas análises e evidências coligidas, que se entende conveniente e oportuno recomendar à Funasa que faça uma revisão no processo de programação e liberação financeira de recursos aos convenentes de forma a identificar e corrigir suas distorções burocráticas, a fim de permitir o acompanhamento da gestão financeira dos instrumentos de repasse de forma transparente, ágil e confiável.

172. O principal benefício esperado com a implementação das recomendações é simplificar e desburocratizar os processos de trabalho da Funasa.

3.4 Demora na conclusão dos objetos contratados, exigindo contínuas prorrogações, e acarretando a não conclusão dos convênios

173. A celebração de um convênio não é tarefa simples e está regulada por diferentes normas que estabelecem vários tipos de procedimentos e prazos a serem observados. De maneira geral, o

prazo de vigência de um convênio celebrado para a conclusão de seu objeto varia entre 36 e sessenta meses, a depender do nível de despesa que será alocada (art. 27, combinado com o art. 3º da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016).

174. O cumprimento desse prazo pode, como se verá mais adiante, ser dilatado ou até mesmo suspenso. Forma geral, porém, há possibilidades de rescisão ou extinção do convênio celebrado quando, por inação do convenente, ele deixe de cumprir alguma providência exigida. Ocorre isso, por exemplo, caso os recursos repassados não sejam utilizados no objeto da transferência pelo prazo de 180 dias a contar da data da emissão da Ordem Bancária, incluindo-se os rendimentos decorrentes da aplicação financeira, ou caso o projeto básico ou o termo de referência não seja incluído no Siconv no prazo de 18 meses ou receba parecer da área técnica de engenharia ou de saúde ambiental contrário à sua aprovação (Portaria Funasa 5.598/2018, artigos 2º, §§ 2º e 3º, e artigo 4º, §6º).

175. Como já apontado na Seção 3.3 , com o intuito de aferir se há demora na conclusão dos objetos celebrados, remeteu-se à Funasa o Ofício de Requisição 07-134/2020 (peça 43) para averiguar se ela dispunha de rotinas sistematizadas para controlar os critérios e os procedimentos para transferência de recursos financeiros das ações de saneamento e de saúde ambiental em especial sobre os previstos nos artigos 2º, §§ 1°, 2º, 3º e 4º; 4°, §§ 4º e 5º; 32, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º, da Portaria Funasa 5.598/2018.

176. Em resposta, por meio do Despacho 109/2020 CGCON (peça 60), a Funasa informou, quanto aos §§ 2º e 3°, artigo 2°, da Portaria Funasa 5.598/2018, que:

Ambos os dispositivos tratados possuem a mesma origem na Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, art. 41, §§ 8º e 9º. Dizem respeito a providências a ser assumidas no caso de convênios celebrados a partir de 2017 em que a não execução, comprovada por emissão de OBTV, após cento e oitenta dias depois da liberação da primeira parcela do convênio. Contudo a aplicação de tal dispositivo em instrumentos que visem promover a saúde tem sido discutida e, de modo amplo, a Procuradoria Federal Especializada da Funasa tem se manifestado, como no caso do Despacho de Aprovação nº 00026/2019 COVEN/PFFUNASA/PGF/AGU (SEI 1134158), com o fito de não restringir as transferências de recursos oriundos da Funasa.

No âmbito da FUNASA, em razão de os convênios terem como objeto a implementação de direito fundamental à saúde de ordem constitucional, e, considerando a realidade dos Municípios de até 50 mil habitantes, atendidos pela autarquia, os quais são extremamente carentes quanto aos recursos financeiros e de toda a ordem para sua implementação; a competência comum material da União para promover melhoria das condições de saneamento (art. 23, IX, CF); a obrigação legal trazida pela Lei nº 11.445/2007, no sentido de se promover a universalização do saneamento e, sobretudo, a existência de regras especiais previstas no seu art. 50, para a alocação dos recursos federais dirigidos à implementação do saneamento, os quais devem observar as diretrizes e objetivos constantes nos seus arts. 48 e 49, a interpretação a ser conferida é a teleológica e a sistêmica, no sentido de que questões tributárias, orçamentárias e de deficiências no planejamento e pagamento das dívidas decorrentes de processos judiciais (precatórios) não poderiam obstaculizar a concretização do direito em questão, assim como todas as demais exigências contidas em outras normas somente podem ser aplicáveis, caso não representem empecilho no caso concreto para o desenvolvimento de tais ações.

177. É possível inferir pela resposta da Cgcon, subsidiada pelo Parecer emitido pela Procuradoria Federal Especializada da Funasa, que a aplicação dos dispositivos que determinam o cancelamento dos convênios, por se referirem a ações que visem a promover a saúde, obstaculiza ou impede a obediência do artigo 2º, da Portaria Funasa 5.598/2018 e seus §§ 1º, 2º, 3º e 4º, plasmados a partir da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016.

178. O excerto do Parecer da Procuradoria Federal Especializada colacionado na resposta à esta equipe de auditoria, contudo, restringe-se apenas a indicar o tipo de interpretação que cabe ao

caso (teleológica e sistemática) e, por isso, prende-se à finalidade das normas utilizadas como balizas para concluir, restringindo-nos apenas ao excerto colacionado, que em razão de tais instrumentos de transferências se referirem a ações que visem a promoção da saúde (saneamento básico) obstaculiza ou impede a obediência do artigo 2º e de seus parágrafos.

179. Entende-se, todavia, que considerar a finalidade da norma de forma sistêmica não impede que se deixe de cumprir as regras previstas na Portaria Funasa 5.598/2018 e, por consequência, da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016, que buscam apenas salvaguardar a utilização dos recursos públicos. Objetiva-se com elas, conferir tempestividade à consecução dos objetos pactuados, bem como garantir minimamente que eles sejam realmente executados e colocados em funcionamento para benefício da população atingida.

180. Admitir, pois, a impossibilidade de cancelamento por esse pretexto e naquelas situações equivaleria a condenar, quase que perpetuamente, que uma soma importante de recursos, ainda que vinculados a ações de saúde, permanecessem estocados. Tal medida, por certo, impede que outros interessados possam celebrar convênios e levá-los a bom termo. Ademais, já há determinação desta Corte de Contas para que a Funasa cancele convênios celebrados que se encontre em distintas situações, dentre elas aqueles em que os convenentes não cumpram com exigências transcorrido o prazo para o cumprimento; e para que implemente rotinas para identificação e cancelamento de transferências celebradas há mais de um ano, sem registro de execução física e financeira (Acórdão TCU-Plenário 198/2013, de relatoria do Ministro Walton Alencar Rodrigues).

181. O raciocínio esposado pela Cgcon com base no entendimento da Procuradoria Federal Especializada é valido para o cumprimento do artigo 4º, § 6°, da Portaria Funasa 5.598/2018. Já em relação ao cumprimento do artigo 32, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º, da referida Portaria, a Funasa limitou-se a responder que, em todas essas situações

"O Sistema Integrado de Gerenciamento de Ações da Funasa (SIGA) e a ferramenta de business inteligence Funasa BI permitem o acompanhamento desse prazo."

182. Apenas para tornar mais claro o entendimento, os prazos a que se referem os respectivos parágrafos do artigo 32, da Portaria Funasa 5.598/2018, em síntese, preveem: prazo de cinco dias úteis para a análise da conformidade do Relatório de Acompanhamento (RA) após sua inclusão no Siga pelo convenente; cinco dias úteis para o registro das informações pertinentes constantes do Relatório de Visita Técnica (RVT) pelo técnico da Funasa; cinco dias úteis para a área administrativa analisar e instruir o processo para autorização e liberação de parcela; e três dias úteis para que a Superintendência respectiva registre no Siga a recomendação da parcela, sob pena de avocação do processo pela Cgcon em caso de não cumprimento do prazo estipulado.

183. Como se pode depreender da resposta enviada pela Funasa, os sistemas existentes possuem mecanismos que permitem acompanhar tempestivamente os prazos estipulados no supracitado artigo 32. Ela deixa transparecer que todos os prazos são cumpridos e, por isso, não são causadores de demora no cumprimento do objeto celebrado.

184. Entretanto, à exceção do prazo previsto no § 1°, do artigo 32, de providência do convenente, os demais prazos (§§ 2º, 3º, 4º e 5º) dependem da realização de visita técnica por técnico da Funasa. Quanto a ela, não há prazo para a sua realização, a norma é silente. Tal inexistência acaba por legitimar uma possibilidade de a Funasa cumprir todos os prazos previstos, mas o objeto celebrado demorar muito além do prazo previsto para sua consecução em razão da não tempestividade da Fundação para realizar a visita técnica e o consequente RVT. É, portanto, a visita técnica gargalo importante no atingimento do objeto conveniado.

185. Cumpre destacar a esse respeito, fraquezas registradas por técnicos da Funasa na matriz SWOT. Segundo eles, há:

a) deficiência de pessoal para vistoriar todas as obras em tempo razoável (F33);

b) represamento de visitas para aprovação de etapas de execução de obras em razão da falta de engenheiros na Funasa (F34); e

c) ausência de plano de visitas de obras por parte de algumas Suest (F36).

186. A fim de corroborar as informações enviadas pela Funasa em resposta ao Ofício de Requisição 07-134/2020, extraiu-se do BI Funasa, em 5/2/2020, as informações constantes da Tabela 23, referentes ao tempo médio em dias, por unidade da federação, que tem transcorrido nas fases de celebração e aprovação do projeto básico, entre a aprovação e a data do início da obra, entre a emissão do RVT (relatório de visita técnica) e o pagamento de parcelas e a liberação da parcela e o RA subsequente.

187. De acordo com a Tabela 23, o tempo médio ente a celebração do instrumento de repasse e aprovação do projeto é de 566 dias; o tempo médio entre a aprovação do instrumento de repasse e a data de início de obra é de 636 dias; o tempo médio entre a emissão do RVT e pagamento de parcelas é de 90 dias; o tempo médio entre a liberação da Parcela e RA subsequente é de 405 dias.

Tabela 23 - Lapsos temporais para a Funasa acompanhar convênios (eventos) por UF

UF	Celebração do instrumento de repasse e aprovação do Projeto (1)	Aprovação do instrumento de repasse e data inicio de obra (2)	Emissão do RVT e pagamento de parcelas (3)	Liberação da Parcela e RA subsequente (4)
AC	1.281,8	1.409,9	135,0	743,1
AL	661,9	890,7	133,7	356,9
AM	313,8	337,5	55,7	299,1
AP	694,2	158,0	128,3	385,8
BA	508,3	508,2	84,6	351,3
CE	483,6	476,4	123,8	508,6
ES	930,6	1.849,0	52,9	597,5
GO	572,7	541,6	96,6	452,1
MA	410,1	268,6	87,6	418,4
MG	579,7	584,6	91,0	367,0
MS	743,5	1.018,3	85,2	397,8
MT	954,3	1.021,0	85,3	347,8
PA	690,2	900,0	115,4	268,8
PB	563,4	566,0	91,4	314,0
PE	475,9	466,5	170,6	315,4
PI	444,3	609,7	42,7	522,4
PR	457,4	1.073,1	79,4	460,0
RJ	613,9	983,5	142,3	406,1
RN	428,4	265,8	84,2	253,3
RO	789,8	350,7	159,8	433,1
RR	252,9	491,0	56,0	320,2
RS	692,3	616,6	99,5	371,0
SC	657,9	592,0	122,9	272,6
SE	514,1	n/a	89,4	772,7
SP	524,3	522,3	105,0	647,4
TO	629,6	854,3	66,9	332,5
Média Geral	566,2	636,7	90,4	405,8

Fonte: BI Funasa

1) Lapso temporal entre a celebração dos instrumentos de repasse e aprovação do Projeto. Regras:
** Selecionados apenas os Instrumentos de Repasse PAC. Os convênios migrados do Siconv ainda serão incorporados em breve.*
** Selecionados apenas os convênios que possuem a data de aprovação técnica >= do que a data de celebração do contrato.*
** Quantidade de dias entre Aprovação e Celebração dos Instrumentos de Repasse: ("Data do Parecer Técnico" - "Data de Celebração").*
2) Lapso temporal entre aprovação do instrumento de repasse e data início de obra. Regras:
** A data de aprovação do projeto foi realizada em cima da primeira data de aprovação da visita técnica da Engenharia, onde o tipo do parecer é o Padrão.*
** Selecionados apenas os Instrumentos de Repasse PAC. Os convênios migrados do Siconv ainda serão incorporados em breve.*
** Selecionados apenas os convênios que possuem a data de aprovação técnica >= do que a data do Início da Obra.*
** Quantidade de dias entre Aprovação dos Instrumentos de Repasse e Início Obra: ("Data do Parecer Técnico" - "Data de Início Obra").*
3) Lapso temporal entre a emissão do RVT e pagamento de parcelas. Regras:
** Selecionado a data de conclusão dos relatórios RVTs de viagem sugerindo a liberação de parcela.*
** Se o instrumento possuir tal relatório, pegar a data do pagamento da parcela que foi indicada no relatório. Essa data de pagamento está sendo realizada através do Ajuste Físico Financeiro e de Pagamentos do SIGA.*
** Então diminuir a data último do pagamento de cada parcela com a data de conclusão do relatório RVT indicado de cada parcela.*
** A Média do Lapso temporal entre a emissão do RVT entre o pagamento da parcela é igual a soma da quantidade de dias das parcelas 2ª, 3ª e 4ª dividido pela quantidade de vezes que foi realizado o pagamento.*
** Ex: Se a ("quantidade de dias 2ª Parcela" e " quantidade de dias 3ª Parcela" e " quantidade de dias 4ª Parcela" for maior do que zero, então soma os campos ("quantidade de dias 2ª Parcela" + " quantidade de dias 3ª Parcela" + " quantidade de dias 4ª Parcela") /3.*

4) Lapso temporal entre liberação da parcela e RA subsequente.

188. Pela Tabela 23, é possível verificar que os tempos variam de acordo com o estado da federação. No Acre, por exemplo, decorrem mais de 1.281 dias entre a celebração do convênio e a aprovação do projeto básico. Isso faz com que a conclusão do objeto extrapole o prazo inicialmente avençado. Em parte, o tempo despendido na celebração e aprovação do projeto básico pode ser explicado pela cláusula suspensiva prevista nessa mesma Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016.

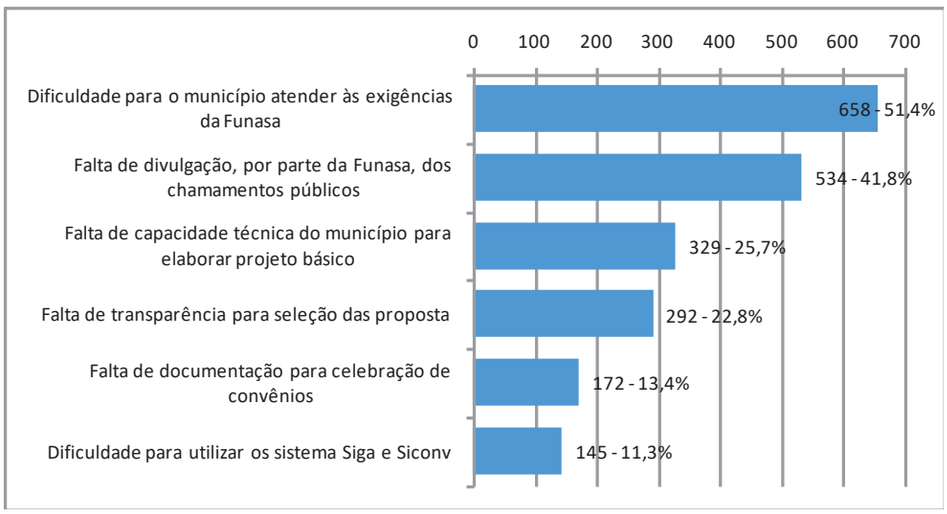
189. Por essa Portaria, o projeto básico ou o termo de referência deverá ser apresentado dentro do prazo máximo de 18 de meses (art. 21, §§ 2° e 3º). Ocorre que a mesma Portaria Interministerial permite a celebração de convênios com condição suspensiva, isto é, com condição pendente de ser cumprida pelo convenente, o que faz com que a celebração pactuada fique sem efeito até o implemento da condição (art. 24).

190. Embora o prazo geral para apresentação do projeto básico, incluindo prorrogações, seja de dezoito meses, ele não se aplica para os convênios firmados pelo Ministério da Saúde. Nesse caso, o prazo é prolongado para 24 meses (art. 24, § 2°, da Portaria Interministerial). É esse o prazo que tem sido seguido pela Funasa. Esse último prazo também tem se tornado elástico com a edição de Portarias ulteriores que o modificam. A Portaria Interministerial ME/CGU 261/2019, por exemplo, permitiu a prorrogação de convênios e contratos de repasse celebrados no ano de 2017.

191. Como se constata, a própria legislação pode ser considerada fonte concreta de obstáculo ao atingimento dos objetos pactuados. Isso decorre da previsão de prazos longos e sempre aumentados para que o convenente possa cumprir com as obrigações contratadas. No caso, por exemplo, o convênio pode ser celebrado e permanecer nessa condição por 24 meses ou mais, como no caso dos convênios celebrados em 2017, sem que o convenente cumpra a condição pendente. Soma-se a isso, as dificuldades encontradas pelos municípios para tratar com a Funasa.

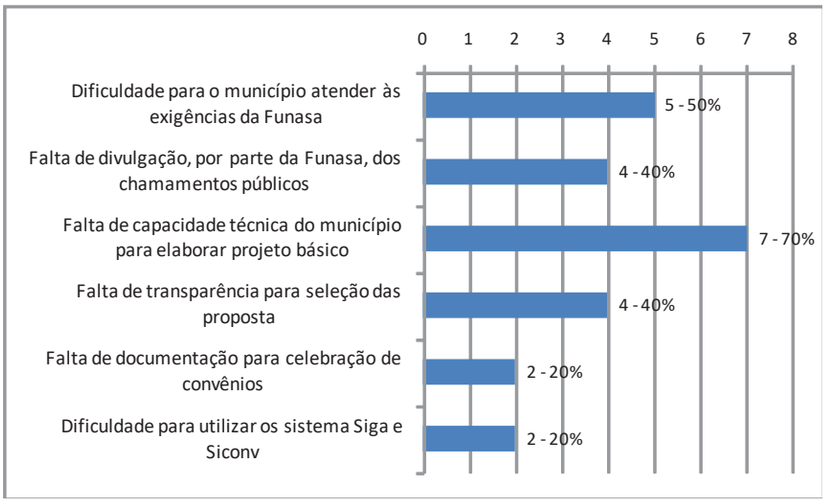
192. De acordo com a percepção de prefeitos (1.279 respondentes) e Deputados Federais (10 respondentes) as maiores dificuldades enfrentadas pelos municípios para celebrar convênios com a Funasa, dizem respeito à inconformidade de o município em atender às exigências da Funasa (na opinião de 51,4% dos prefeitos e 50% dos Deputados Federais), à falta de divulgação, por parte da Funasa dos chamamentos públicos (41,8% dos prefeitos e 40% dos Deputados Federais) e à falta de capacidade técnica do município para elaborar o projeto básico (25,7% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais), conforme apresentado nos Gráficos 8 e 9.

Gráfico 8 - Opinião dos prefeitos sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo município para celebrar convênios com a Funasa



Fonte: elaboração própria

Gráfico 9 - Opinião dos Deputados Federais sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo município para celebrar convênios com a Funasa



Fonte: elaboração própria

193. Para ser mais específico, conforme a pesquisa realizada, os prefeitos percebem a Funasa, em síntese, como uma instituição "burocrática", no sentido popular da palavra, por fazer muitas exigências desnecessárias, tornando o processo muito moroso, especialmente para aprovação do projeto básico (com 168 comentários sobre o assunto). Em suas respectivas palavras:

Os critérios da Funasa para celebração de convênios são muito extensos e burocráticos, diferente dos demais convênios que a administração municipal celebra.

Sabemos que quanto menos burocracia e agilidade nos andamentos dos processos administrativos, as obras também serão executadas muito mais rápidas, sendo que muito das vezes os projetos não saem do papel, devido tantas exigências. Diminuir as burocracias administrativas.

A exigência de se apresentar inicialmente um Projeto Básico e o fato dos projetos básicos de saneamento para atender os padrões da Funasa, geralmente, requerem muita precisão, se tornando

praticamente o projeto executivo. Dessa forma, o custo para sua contratação se torna alto o que na maioria das vezes se transforma em um empecilho para os Municípios de menor poder financeiro.

Muita demora em analisar documentos e exigências descabidas a municípios de pequeno porte do interior, diferente da realidade das grandes metrópoles. Ser menos burocrática e mais atuante para liberar mais recursos principalmente na área de saneamento, pois se prevenirmos com atitudes, melhoraremos a saúde pública

A metodologia da Funasa para firmar convênios é muito burocrática, se apegando a detalhes que não agregam, simplesmente limita dificultando a aplicação dos recursos no atendimento das populações carentes de regiões onde não temos como cumprir com toda exigência imposta, deixando a população desassistida. Simplificar os documentos comprobatórios de regularidade do ente federado, sendo que, todas as informações são e estão interligadas como por exemplo o CAUC. Ao preencher os planos de trabalhos, os mesmos nos induzem a inserir informações fraudulentas fora da realidade de municípios de pequeno porte. Muitas vezes são informações tão desnecessárias que em uma linguagem vulgar chamaria de encher linguiça.

Falta conhecimento da realidade da vida, costumes e da realidade da grande maioria dos municípios amazonenses. Isso reflete na atitude e na análise dos técnicos da Funasa para agilizar e facilitar o parecer técnico. Imagine a exigência da justificação da fórmula de crescimento da população para se conseguir a aprovação de um poço profundo e caixa d'água? A superintendência atual atende muito bem os gestores municipais. Infelizmente a envelhecida equipe técnica não acompanha o interesse da gestão superior. Acredito que deve estar merecendo atualização dos critérios e normas, além da equipe técnica envelhecida.

Não existe uma padronização para aprovação dos projetos. Depende de qual técnico irá analisar. Recentemente para aprovação de unidades sanitárias dois técnicos diferentes foram analisar e cada um tinha suas preferências(...).

Simplificar os objetos e reduzir o número de exigências para a elaboração dos projetos. Respeitar as peculiaridades de cada região.

(...) Os critérios adotados para captar o recurso é muito burocrático, sendo inviável o risco de gastar com o projeto e não ser contemplado.

Os processos são morosos, há divergências entre técnicos que aprovam os projetos e os que acompanham a execução, o que gera uma infinidade de aditivos, não cumprimento de prazos na execução e defasagem dos preços inviabilizando a conclusão das obras.

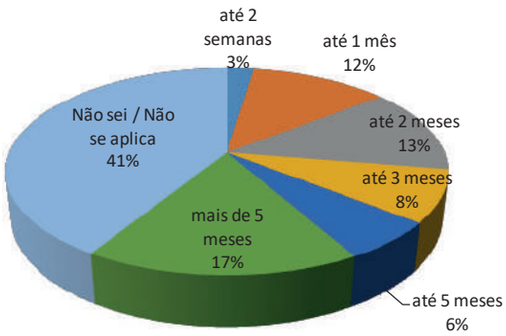
194. Registra-se, por oportuno, que parte das dificuldades apontadas pelos prefeitos quanto à elaboração do projeto básico poderia ser mitigada ou definitivamente sanada. Isso é o que já permite a Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 ao dispor que as despesas referentes à elaboração do projeto básico possam ser custeadas com recursos oriundos do instrumento pactuado. Embora esses recursos estejam limitados a 5% do valor total do instrumento, acredita-se que eles seriam suficientes para a contratação de empresa especializada para elaborá-lo, ou, ainda, talvez mais interessante, firmar parceria, por meio da Funasa, com universidades públicas ou empresas de saneamento para que pudessem, com os referidos recursos, elaborar os projetos básicos necessários ao município para a implementação do saneamento básico (art. 21, §8º).

195. Releva destacar que muito provavelmente a determinação constante na Portaria Funasa 4.749/2019, determinando o cancelamento de 849 instrumentos de repasse (Seção 2.2), totalizando R$ 1.038.466.625,52, está diretamente ligado à não apresentação/aprovação do projeto básico/termo de referência do convênio ou termo de compromisso, uma vez que essa é a condição para que a Funasa proceda à liberação da primeira parcela do instrumento de repasse celebrado.

196. Outro fator que tem contribuído para a demora na conclusão do objeto conveniado, além da demora para a aprovação do projeto básico/termo de compromisso, é a intempestividade das fiscalizações de obras e análise das prestações de contas.

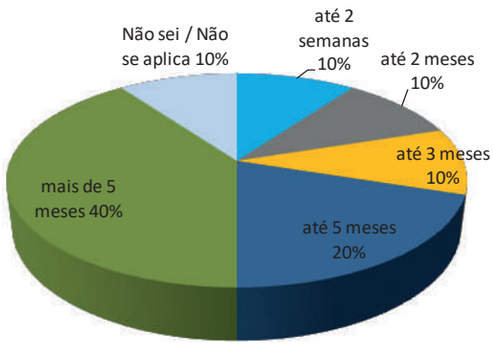
197. Pela percepção dos prefeitos e dos Deputados Federais, o período de tempo para a Funasa realizar o acompanhamento / avaliação / aferição da execução de obra de convênio, a partir da solicitação do município, é de três até cinco meses, respectivamente, para 6% e 20% dos respondentes, e de mais de cinco meses, respectivamente, para 17% e 40% dos respondentes. Importante destacar que 41% dos prefeitos e 10% dos Deputados Federais que responderam à pesquisa eletrônica opinaram "não sei/não se aplica" (Gráficos 10 e 11).

Gráfico 10 - Tempo estimado para a Funasa realizar o acompanhamento de obras de convênio (prefeitos)



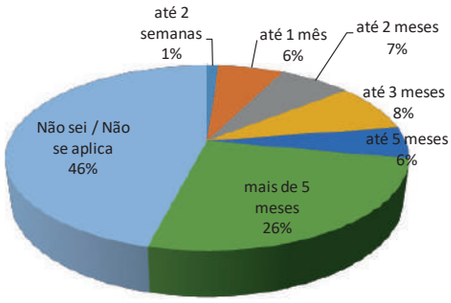
Fonte: elaboração própria

Gráfico 11 - Tempo estimado para a Funasa realizar o acompanhamento de obras de convênio (Dep Federais)



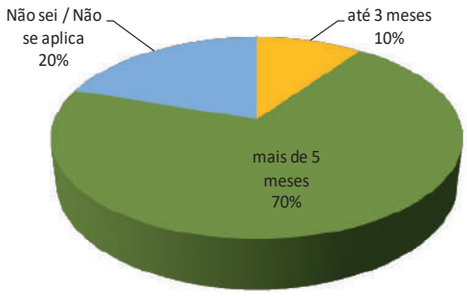
Fonte: elaboração própria

Gráfico 12 - Tempo estimado para a Funasa aprovar a prestação de contas (prefeitos)



Fonte: elaboração própria

Gráfico 13 - Tempo estimado para a Funasa aprovar a prestação de contas (Dep. Federais)



Fonte: elaboração própria

199. Cabe comentar que a Funasa utiliza o "Manual de Procedimentos para Execução de Convênios e Termos de Compromisso e para Obras e Serviços de Engenharia executadas direta e indiretamente pela Funasa", que sistematiza a legislação específica sobre o tema, que tem por objetivo uniformizar a aplicação de procedimentos exigidos para execução de obras ou serviços, notadamente nas fases relativas à celebração, execução e prestação de contas

200. Em suma, pelo que se depreende, a demora na conclusão dos objetos contratados não se deve única e exclusivamente à complexidade da legislação que trata do tema. Há, desde a fase inicial, da concepção e lançamento do edital, elementos que podem ser trabalhados para que as exigências para a celebração dos instrumentos possam ser elaboradas de forma clara e simples para que o município possa entender.

201. O que se torna evidente é que a demora na conclusão dos objetos contratados pela Funasa se dá por variados fatores, mas a sua forma de atuação vem agravando ainda mais a consecução dos objetos conveniados, e isso é perceptível pelo acúmulo de instrumentos celebrados e sem execução e pela quase impossibilidade de se celebrar novos convênios em virtude da dificuldade de se cancelar convênios sem execução; e pela inexistência de corpo técnico suficiente e capaz de emprestar tempestividade nas ações desenvolvidas pela Fundação.

202. Assim, o não cumprimento do objeto nos prazos e cronogramas avençados é apenas o efeito de uma cadeia multinível ampla e complexa que perpassa de forma horizontal, vertical e transversal a política de saneamento básico tocada pela Funasa. Pelo que se evidenciou, ela não tem sido capaz de imprimir eficiência para cumprir com objetivos enquanto instituição, e isso tem causado prejuízo à população que mais precisa de sua atuação efetiva.

203. É, pois, com base nas evidências e análises apresentadas que se mostra razoável recomendar à Funasa que:

i) realize estudos para verificar a possibilidade de simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de repasse a fim de que elas possam imprimir eficiência na consecução dos objetos pactuados;

ii) desenvolva estudos para verificar a possibilidade de realizar parcerias para apoiar as prefeituras na elaboração dos projetos básicos, necessários para viabilizar o repasse de recursos de convênios para a implementação dos serviços de saneamento básico.

204. Com a implementação das propostas pela Funasa espera-se que sejam adotadas as melhores práticas de gestão de instrumentos de repasse de modo a privilegiar a execução de objetos e conferir maior qualidade ao investimento público.

4. Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e o acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?

205. O presente capítulo tem por objetivo avaliar o sistema de gerenciamento de informações e de conhecimento, operacionalizado pela Funasa para apoiar suas atividades fins na gestão dos instrumentos de repasse.

4.1 Ausência de medição de resultados dos convênios celebrados pela Funasa para subsidiar o processo de tomada de decisão de estratégias de melhoria das ações empreendidas pela entidade

206. Os gestores dos órgãos e entidades concedentes e convenentes devem estimular a observância de critérios de excelência, em especial, o estímulo à divulgação da informação, conhecimento e transparência (inciso V do art. 4º da Portaria MP 66/2017, que dispõe sobre critérios de excelência para a governança e gestão de transferências de recursos da União, operacionalizadas por meio do Siconv).

207. Nesse contexto, a Funasa foi indagada a respeito da elaboração, acompanhamento e avaliação dos Planos Anuais de Trabalho, bem como de planos, programas e projetos que visem à melhoria da gestão, do desempenho e dos resultados institucionais, conforme previsto no Decreto 8.867/2016 (Anexo I, Capítulo IV, Seção I, art. 7º), por meio do Ofício de Requisição 04 (peça 40).

208. A Funasa, por meio do Despacho 74/2020/DENSP (peça 44), informou que já consta determinação do Egrégio Tribunal de Contas no sentido de que a entidade apresente um Plano de Ação atendendo a esta demanda (Acórdão 2781/2018-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Augusto Nardes), esclarecendo quais as ações serão tomadas no sentido de atender ao que assim foi determinado.

209. A respeito desse assunto, o Relatório de Monitoramento dos resultados da auditoria apreciada por meio do Acórdão 2781/2018-TCU-Plenário (TC 006.652/2019-0), analisou a determinação do item em tela:

9.1. determinar à Funasa, com fulcro no artigo 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que apresente a este Tribunal, no prazo de 180 dias, Plano de Ação com:

(...)

9.1.2 - a definição dos elementos faltantes em seu Planejamento Estratégico, ou seja, os indicadores e as iniciativas estratégicas, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para a sua implementação.

210. No relatório de monitoramento, a entidade se manifestou acerca do cumprimento dessa determinação informando que realizou diversas oficinas com as áreas técnicas e administrativas da entidade, visando ao desenvolvimento e descrição de indicadores que pudessem refletir o desempenho e o resultado da instituição. Esclareceu que ao final de 2018, foram obtidos insumos para a construção

de 83 indicadores relacionados aos diversos processos e atividades desenvolvidos na instituição, sendo analisados e classificados em indicadores de desempenho e de resultado e, também, de acordo com a sua disponibilidade, relevância e domínio da instituição. E que desses indicadores, foram homologados treze.

211. O TCU avaliou que os treze indicadores homologados são apenas de processos e produtos. Em outras palavras, a unidade ainda não implementou indicadores de resultados e de impactos.

212. Assim, concluiu que as medidas até então adotadas pela Funasa ainda não foram capazes de sanear a constatação à época da auditoria, que verificou a ausência de elementos faltantes no plano estratégico da unidade, o que revelava que a "instituição não enxergava de maneira clara aonde queria chegar e de que forma avaliaria seu desempenho".

213. Ademais, esta equipe de fiscalização solicitou que a Funasa apresentasse as metas estabelecidas para 2019. A entidade esclareceu que as metas das Suest, para o período 2019/2020, foram definidas mediante pactuação realizada em Reuniões de Trabalho, não tendo sido publicada Portaria para tal finalidade. A Tabela 24 relaciona as metas das Suest, conforme a situação dos convênios de cada estado:

Tabela 24 - Metas de desempenho institucional das Suest (2019-2020)

Meta	Descritor da Situação	Descritor da Meta
1	Em Execução - Vigente - percentual de execução acima de 80%	Esforços para a Conclusão dos empreendimentos em 6 meses
2	Em Execução - Vigente - Sem Relatório há mais de 06 meses	Emitir RVT para os instrumentos com RVT emitido há mais de 6 meses.
3	Em Execução - Expirados	Nenhum empreendimento EM EXECUÇÃO e com VIGÊNCIA EXPIRADA (corrigir informação acerca da vigência ou status da obra, ou adotar providências para o encerramento).
4	Paralisados - Vigentes	Nenhum empreendimento com obra PARALISADA e VIGENTE (atualizar SIGA com motivo da paralisação ou corrigir informação acerca do status da obra).
5	Paralisados - Expirados	Nenhum empreendimento com obra PARALISADA e com VIGÊNCIA EXPIRADA (atualizar SIGA com motivo da paralisação ou corrigir informação acerca do status da obra ou corrigir informação acerca da vigência).
6	Não Iniciados - Expirados	Nenhum empreendimento com obra NÃO INICIADA e com VIGÊNCIA EXPIRADA (corrigir informação acerca do status da obra ou corrigir informação acerca da vigência ou adotar providências para o encerramento).
7	Não Iniciados Vigentes - Sem relatório com períodos superior 01 ano	Nenhum empreendimento com RVT emitido há mais de 1 (um) ano (atualizar informação no SIGA ou realizar visita técnica)
8	Não Iniciados - Vigentes - Com 1ª parcela paga	Nenhum empreendimento no status NÃO INICIADA e com parcela liberada.
9	Não Iniciados - Vigentes - Com RAA ou RVT com indicação SIM para pagamento da primeira parcela	Nenhum empreendimento com status NÃO INICIADA e VIGENTE com emissão de RAA (com indicação de pagamento de parcela) para o qual não tenha sido efetuada a liberação financeira.
10	Não Iniciados - Vigentes - com percentual de execução diferente de 0%	Nenhum empreendimento com status NÃO INICIADA e com percentual de execução informado (corrigir status da obra no SIGA).
11	Não Iniciados - Vigentes - Sem Projeto Aprovado	Indicar a situação do projeto: 1) Projeto não apresentado; 2) projeto apresentado com pendência; 3) projeto não analisado
12	Planos Municipais de Saneamento Básico (Convênios)	Providências para a conclusão/encerramento dos Planos
13	Licença de Operação	Informar empreendimentos concluídos de água, esgoto e resíduos que possuem Licença de Operação

14	Acórdão 7298/2016 (Prestação de Contas Funasa - exercício 2014)	Prazo Final para a emissão de relatório de conclusão

Fonte: Funasa (peça 47)

214. Por outro lado, as metas do Densp e Desam foram estabelecidas por meio da Portaria Funasa 9.297/2019, para o período de 16 de abril de 2019 a 15 de abril de 2020 (peça 44).

Tabela 25- Metas de desempenho institucional da Funasa-Sede

Nº	Meta	Resultado Esperado
1	Elaborar, para 10 Superintendências Estaduais, minutas de TR para contratação de serviços especializados de apoio em engenharia consultiva e assessoramento técnico na gestão das ações da **Funasa**	10 Minutas de TR elaboradas
2	Elaborar cartilha de orientações aos parlamentares para aplicação de recursos de emendas parlamentares	1 cartilha elaborada
3	Elaborar TR de orientação para revisão de Planos Municipais de Saneamento Básico - PMSB	1 TR elaborado
4	Elaborar coletânea de orientações aos gestores municipais, sobre a gestão da prestação dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos	1 coletânea elaborada
5	Elaborar manual de orientações para gestores municipais sobre celebração de Convênios de Cooperação e Contrato de Programa	1 manual elaborado
6	Financiar 40 projetos de Educação em Saúde Ambiental com vistas à promoção da saúde	-
7	Apoiar 500 municípios no controle da qualidade da água para consumo humano	100% municípios apoiados
8	Selecionar 8 projetos de pesquisas com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações na área de Saúde Ambiental	100% pesquisas selecionadas
9	Reduzir em 20% o passivo de convênios entre 2012 a 2017, quanto ao monitoramento.	20% convênios saneados
10	Disseminar o Programa Nacional de Saneamento Rural - PNSR.	6 oficinas realizadas
11	Elaborar cartilha de orientações aos parlamentares para aplicação de recursos de emendas parlamentares	1 cartilha elaborada

Fonte: Funasa (peça 46)

215. Observa-se, pela análise dos quadros apresentados, que as metas e indicadores de desempenho institucional estabelecem, para as superintendências estaduais, apenas metas com vistas ao acompanhamento da execução dos empreendimentos financiados com recursos da Funasa, e, para a Funasa-Sede, à elaboração de documentos técnicos de orientação e pesquisa e de manuais. Além disso, percebe-se que há uma fragmentação de atuação, especialmente em razão de falta de apoio, supervisão e orientação das atividades por parte da Funasa-Sede às Suest. Além disso, depreende-se uma desconexão de ações na Funasa-Sede, haja vista não ter sido identificada uma integração de esforços entre o Densp e o Desam (constante na análise SWOT - Apêndice A) para consecução dos objetivos da Funasa.

216. Portanto, verifica-se a ausência de metas que viabilizem a realização do diagnóstico das necessidades de saneamento dos municípios (redução de doenças e agravos por condições de saneamento inadequadas em razão da atuação da Funasa) à exceção da Meta 7, da Tabela 25, ou que sinalizem a necessidade de ações corretivas (identificação das causas que impedem a conclusão de obras de saneamento ou que motivam a instauração de TCEs), a fim de possibilitar aferir os resultados alcançados com a conclusão e entrega das obras em tempo satisfatório e dos impactos para a população beneficiária.

217. Assim, as metas de desempenho institucional estabelecem apenas objetivos quantitativos e temporais, relativos a processos e atividades, para acompanhar a execução dos empreendimentos financiados com recursos de convênios celebrados com a Funasa e para quantificar a elaboração de

documentos técnicos de orientação e pesquisa. As metas globais de desempenho institucional estabelecidas para 2019/2020 pela Funasa impossibilitam definir indicadores de resultados e de impactos.

218. O fato de não ser possível avaliar o impacto das ações da Funasa é causa e consequência da pouca utilização de critérios para as ações fomentadas. Esse fato não se deve apenas por falta de interesse por parte da instituição ou pelo ente federado, mas também pela indisponibilidade de informações atualizadas dos sistemas de informações públicos (Relatório de Gestão da Funasa 2018, p. 72).

219. Serpa et al.(2014) definem que um sistema de avaliação de programas governamentais deve servir como instrumento de apoio aos processos decisórios, no ciclo de gestão, e está relacionado à busca de alternativas para subsidiar o aperfeiçoamento de programas e políticas, visando a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade das ações governamentais. Para tanto é necessário garantir a produção de informações e análises que favoreçam as melhores escolhas para promoção do desenvolvimento social, com redução de desigualdades e democratização de oportunidades. É por meio dos sistemas de avaliação, desenvolvidos para apoiar a implementação e gestão das políticas e a boa governança, que o conhecimento avaliativo ganha corpo e passa a subsidiar de forma contínua os processos decisórios nas organizações.

220. Para tanto, é necessário garantir que as demandas por informações avaliativas sejam estruturadas, regulares, pertinentes e consistentes com os objetivos estabelecidos para os programas e/ou políticas; assim como adequadas com o escopo das ações, metas, prazos, recursos orçamentários e não orçamentários alocados para o alcance dos objetivos. Além dessas variáveis, é importante investigar o alinhamento do planejamento dos órgãos com os demais instrumentos de planejamento governamental. Também é relevante identificar que necessidades estão sendo atendidas e para que propósitos se destinam as informações avaliativas. Em síntese, objetiva-se caracterizar "o que avaliar", "para quem avaliar" e "para quê avaliar". Nessa dimensão, as variáveis dizem respeito ao contexto organizacional (político-administrativo), externo e interno, onde as demandas por avaliação surgem, se estruturam e delimitam os propósitos do sistema de avaliação (Serpa et al., 2014).

221. Dessa forma, pode-se assegurar a produção de informações necessárias para a efetiva governança das políticas públicas, que devem atender prioritariamente às necessidades dos atores responsáveis ou interessados na implementação e nos resultados das ações governamentais.

222. Assim, com base nas evidências e análises apresentadas, mostra-se razoável recomendar à Funasa que elabore as metas de desempenho institucional alinhado com os seus objetivos estratégicos e focado para mensuração da qualidade dos produtos e serviços entregues à sociedade no cumprimento de sua missão institucional, especialmente para visar a melhoria do quadro epidemiológico das doenças intimamente relacionadas à carência de saneamento ambiental.

223. Ademais, evidenciou-se falta de transparência quanto à atuação da Funasa em relação à gestão de convênios junto aos municípios que fazem parte do escopo de atuação da entidade (municípios com até cinquenta mil habitantes), conforme comentários apresentados pelos prefeitos respondentes à pesquisa eletrônica:

Canais de comunicação pouco acessíveis.

Acredito que o acesso a recursos e programas da Funasa é muito mal divulgado, nunca conseguimos nenhuma ajuda deste órgão.

Mais divulgação e facilidade no acesso aos editais.

Falta transparência na divulgação das informações dos programas disponíveis. Parece uma caixa preta que pretende atender só aos seus interesses.

Até hoje só obtive alguma informação por meio de colegas Prefeitos mais antigos.

Falta divulgação das propostas para as prefeituras, melhorar a divulgação para as prefeituras, das propostas em aberto, maior transparência e "padronização" (cada analista apresenta uma interpretação diferente) nas regras de projetos e documentação de convenio

É importante uma melhor aproximação técnica da FUNASA com os municípios através da AMAT, FAMEP e através de e-mails

Necessitamos de mais acesso aos projetos. Temos muita vontade de participar dos convênios, mas não estamos conseguindo acesso as propostas. Falta divulgação

Existe muito pouca divulgação dos recursos disponíveis para formalização de convênios junto ao órgão, e na maioria das vezes só conseguimos através de emendas parlamentares

Estamos com alguns projetos na FUNASA para serem analisados e aprovados a mais de ano e nunca nos deram uma posição. Sempre que vamos nos informar sobre como anda o processo, a resposta é que ainda não analisaram.

224. Outro fato que chama atenção na pesquisa realizada junto aos prefeitos refere-se à pergunta em que foi oportunizada aos respondentes assinalarem as opções de múltipla escolha: "Por qual meio o senhor toma conhecimento da possibilidade de celebrar convênios com a Funasa? (pode marcar mais de um item)"

225. Para a pergunta, 909 respondentes assinalaram que os convênios podem ser celebrados por meio de emenda parlamentar, 770 respondentes marcaram que os convênios podem ser celebrados por chamamento público (edital/portaria da Funasa), 81 respondentes tomam conhecimento de outra forma e dezenove responderam que não sabem ou não têm conhecimento.

226. Pelas respostas apresentadas, é possível afirmar que a divulgação, pela Funasa, dos chamamentos públicos para acolhimento de propostas também é deficiente e pouco transparente, tendo em vista que dos 1.279 respondentes, 40% desconhecem que os convênios podem ser celebrados diretamente com a entidade, por meio de chamamento público.

227. Dessa forma, recomenda-se que a Funasa promova maior transparência e institua mecanismos de controle social na execução de cada uma das atividades de gestão dos instrumentos de repasse, desde a decisão quanto à alocação e aplicação de recursos, realização dos chamamentos públicos, seleção das propostas e aferição acerca da realização de obras de convênios.

228. O principal benefício esperado com a implementação da proposta é garantir a qualidade e disponibilidade da informação.

4.2 Sistemas informatizados da Funasa não possuem rotinas adequadas e eficientes para atualizar, gerenciar, monitorar e controlar a execução de obras, objeto dos convênios

229. A Funasa informou que o Sistema Integrado de Ações da Funasa (Siga) é derivado da unificação de outros sistemas que eram utilizados anteriormente pela instituição, quais sejam: Sistema de Convênios (Siscon), que foi um sistema de acompanhamento de obras, composto dos módulos de análise, celebração e gerenciamento de convênios e Sistema de Gerenciamento das Obras (Sigesan), ambos utilizados desde o início de 2002. Em 2010, foi feita a junção dos dois sistemas no Sistema de Sigob, e, finalmente, em 2014, feitas as melhorias e atualizações, foi criado o Sistema Siga. Assim, foram utilizadas diversas tecnologias, tendo em vista que a base tecnológica utilizada em 2002 difere em muito do que se tem hoje. Por isso, de acordo com a Funasa, os diferentes processos e tecnologias aplicados, impossibilitaram a adoção de procedimentos com vista a qualificação dos dados iniciais.

230. Assim, grande parte dos problemas apresentados na entrada de dados advém do processo de migração das tecnologias de 2002 a 2014, além da falta de padronização nas regras de validação de dados nos sistemas (peça 45).

231. De acordo com a Funasa, dentre os riscos ou fatores que mais influenciam o alcance das medidas e ações de estruturação da gestão da informação estão a dificuldade em conscientizar técnicos quanto à necessidade de se padronizar e incluir tempestivamente as informações no SIGA quando da realização de visitas de acompanhamento de obras, que geram inconsistências no estágio de execução das obras, tais como, obras paralisadas com instrumentos vigentes e adimplentes junto ao Siafi, transferências com registros de vigência vencidas antes da conclusão dos objetos pactuados. Também foi relatada a dificuldade em agrupar e tratar todo o passivo de informações já inseridas no Siga e a dificuldade de se promover as melhorias necessárias de forma a garantir a inserção dos dados essenciais à mensuração de indicadores e a avaliação da atuação da Funasa (Relatório de Gestão da Funasa 2018, p. 63 e 110).

232. Para ser mais exato, observou-se que o quantitativo de instrumentos celebrados também não reflete a realidade. A equipe de auditoria não conseguiu, por consulta aos sistemas Siga e BI Funasa, coletar informações confiáveis e consistentes a respeito de itens de dados básicos, tais como quantitativo de convênios celebrados pela Funasa, situação dos convênios (aprovado, cancelado, em andamento, concluído, etc.), data de celebração e término dos convênios, e o valor de empenho dos convênios.

233. Para tanto, foi formalizado pedido, por intermédio do Ofício de Requisição 05 (peça 41), para que a entidade apresentasse relação, em tabela Excel, de todos os instrumentos de repasse (convênio, termos de compromisso, TED) celebrados pela Funasa (vigentes e não vigentes, com a situação específica de cada convênio), a partir de 2002.

234. A Coordenação-Geral de Modernização e Tecnologia da Informação da Funasa relatou desconformidade da base de dados (Funasa BI) (peça 56):

Em simples verificação dos dados observou-se aparente necessidade de adequações. A data fim de vigência, alusiva aos instrumentos de repasse, que outrora eram atualizadas com procedimento automatizado buscando referências nos sistemas estruturantes do Governo Federal (Siafi e Plataforma+Brasil), possuem descompasso com o registrado nos sistemas oficiais. Ainda se observou que o quantitativo de instrumentos celebrados também não reflete a realidade. Registramos que para essa análise buscamos utilizar os dados disponibilizados pelos órgãos responsáveis pelos respectivos sistemas, conforme arquivo anexo.

Por isso, recomendamos que a base de dados do "Funasa BI" seja atualizada conforme o arquivo "20200219 - Desconformidades BI" anexado a este. Do mesmo modo, destacamos ser necessário revisar a rotina de atualização de dados. Por fim, recomendamos, ainda, que sejam realizados exames de integridade e conformidade nos demais dados dispostos no "Funasa BI".

Salientamos que para atender o solicitado pelo Tribunal de Contas da União, serão encaminhados os dados do Funasa BI considerando a "Data de Assinatura" e "Data Fim de Vigência", conforme as colunas "F" e "G", da planilha "Necessidade de atualização", referente ao arquivo anexado.

235. Do exame da carteira de instrumentos de repasse encaminhada pela Funasa em tabela Excel, a equipe de auditoria considerou consistente apenas o quantitativo de convênios e termos de compromisso celebrados a partir de 2002. Demais informações tais como "Data final de vigência", "Status/Situação/Fase do Instrumento", "Valor do Convênio", "Valor empenhado", "Valor liberado", "Valor a liberar", a equipe de auditoria identificou várias inconsistências, razão pela qual optou por não aplicá-las para fins de análise no presente trabalho, conforme inconsistências e erros identificados pela Auditoria Interna (peça 57), necessidades de adequações relatadas pela Cgcon (peça 56) e dados da tabela excel disponível em [_sarq_prod\Unidades\SecexSaude\3ªDT\4-FISCALIZAÇÕES\RACOM-ConvêniosFunasa\2-Execução\4-Cruzamento_de Dados\BI\qtdadeconveniosfunasa\Qtd convenios por MUNICIPIO até 50 mil hab e \planilha geral-TCE-emenda].

236. Diante das evidências apresentadas, é de se supor que as consultas gerenciais formuladas pela Funasa a partir do BI-Funasa também devem apresentar informações inconsistentes e imprecisas.

237. Quanto ao uso dos sistemas da entidade pelos entes interessados em formalizar instrumentos de repasse, um problema comum e recorrente diz respeito à duplicidade de atividades. Ou seja, os proponentes/convenentes necessitam realizar o registro de documentos em duplicidade nos sistemas Siga e Siconv nos procedimentos de celebração, execução e prestação de contas dos instrumentos de repasse.

238. A Funasa justificou que utiliza o sistema próprio Siga desde 2002, para as atividades de análise técnica, celebração de convênios, acompanhamento das obras, ao passo que a Plataforma + Brasil (Siconv) começou a ser utilizada em 2009, e que atualmente ainda não possui todas as funcionalidades e procedimentos implementados, os quais são adotados pela instituição para acompanhamento e liberação de parcelas.

239. Para sanar a situação, a Funasa informou que celebrou o Termo de Execução Descentralizada 01/2019 junto ao Ministério da Economia para a implementação dos procedimentos necessários à integração dos dois sistemas (peça 44). Conforme documentação fornecida pela entidade, o objetivo é o desenvolvimento de módulo específico na Plataforma + Brasil (Siconv) para operacionalização de transferências obrigatórias, notadamente relacionadas ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), mediante Termos de Compromisso, cuja operacionalização vem sendo feita exclusivamente por meio do Sistema Siga (peça 45).

240. Dessa forma, segundo a Funasa, todos os instrumentos de repasse utilizados pela instituição (convênios, termos de execução descentralizada e termos de compromisso) para transferência de recursos poderão ser operacionalizados por intermédio do Siconv.

241. Ademais, a entidade continua a realizar investimentos no sistema Siga para melhoria dos seus processos de trabalho, bem como para a implementação da sistemática de monitoramento e avaliação por indicadores (peça 53): i) aprimoramento do módulo de pré-seleção e classificação do Siga; ii) melhoria do processo de análise; iii) viabilização da inserção de dados necessários para análise e avaliação do Plano de Trabalho; iv) viabilização da identificação de informações para medir resultados da Ação 20AM-Implementação de Projetos de Coleta e Reciclagem de Materiais; v) emissão de alerta para o técnico quando for inserido RVT para indicação orçamentária da próxima parcela; vi) melhoria do módulo de indicação orçamentária; vii) correção de problemas detectados na emissão de relatórios de acompanhamento e na instrução para liberação de parcelas.

242. Além disso, de acordo com a Funasa, os proponentes têm demonstrado deficiência no conhecimento dos sistemas de gestão de convênio (Siconv/Siga), o que por sua vez incide na execução desordenada e não focada no objeto proposto, com baixo desempenho organizacional (Relatório de Gestão da Funasa 2018; p. 62). O mesmo documento assinala que as equipes técnicas das superintendências não possuem capacidade de operacionalizar o Siconv e demais instrumentos de gestão de repasse de recursos (Relatório de Gestão da Funasa 2018; p. 70).

243. A seguir, é apresentado o relato de prefeitos respondentes à pesquisa eletrônica, criticando a dificuldade de se utilizar o sistema Siga da Funasa (foram ao todo 55 comentários):

(...) Sugiro otimização do sistema Siga, pois, repete as perguntas dos quadros, os campos para anexar os arquivos não são claros ou então sugiro apenas o acompanhamento através do Siconv, acredito que seria suficiente e mais ágil o acompanhamento apenas no Siconv, sem necessidade de ficar repetindo a inserção nos dois sistemas.

(...) No que concerne principalmente ao sistema Siga é uma plataforma muito complexa, deveria ser auto explicativa.

(...) o sistema da Funasa [Siga] deveria se comunicar melhor com o Siconv, as vezes eles não se interagem e acusam falhas que não existem principalmente no cadastro das contas bancárias, (...)

(..) Não precisa do Siga. Tudo deveria ser via Siconv, que é onde o técnico do município adquiriu prática em razão de muitos anos atuando nos contratos de repasse via Caixa.

Utilizar apenas o sistema Siconv para acompanhamento dos convênios, tendo em vista que as informações prestadas são as mesmas no Siconv e no Siga, não havendo a necessidade dos dois, o que causa retrabalhos para a equipe técnica

Desnecessário inserir informações em dois (02) sistemas, muito trabalhoso e o sistema Siga muito ruim para trabalhar. Avaliar e acompanhar as obras e convênios pela plataforma + Brasil sem a necessidade de inserir informações em mais de um sistema.

Uma crítica construtiva seria integrar as informações do Siga em apenas um sistema, ou seja, o Siconv. Alimentar dois sistemas é bem complexo.

A Funasa deveria deixar de utilizar o sistema siga, e utilizar apenas o sistema plataforma + Brasil (antigo Siconv), pois o sistema Siga é muito ruim, difícil de localizar onde deve inserir os documentos e por duplicar o serviço, uma vez que as mesmas informações são inseridas no Siconv.

Nossa grande insatisfação com relação aos sistemas é o Siga, sistema arcaico e complexo. Apenas a utilização da Plataforma +Brasil seria ideal, já que a mesma atende a todos os requisitos.

Entendo que com a migração completa das análises e prestação de contas pelo Siconv, hoje Plataforma + Brasil, ajudaria bastante o trâmite dos convênios. O Siga não ajuda na transparência nem na tramitação dos convênios.

244. Da análise das respostas fica evidente o retrabalho dos convenentes, que precisam realizar o registro dos documentos no Siga e no Siconv.

245. Esta duplicidade de atividades tem o potencial de gerar inconsistência de dados, tendo em vista a possibilidade de se realizar a atualização em um sistema e não se realizar no outro, ou, apenas realizar a atualização de forma parcial. Além disso, cria-se a necessidade de se instituir controles paralelos para evitar erros e inconsistências no gerenciamento das informações sobre convênios (atualmente as informações do Siga, Siconv, Siafi e BI Funasa não são fidedignas para retratar a situação real dos convênios e termos de compromisso na Funasa) (peça 57).

246. Além disso, depreende-se que, ao contrário do que assevera a entidade no seu Relatório de Gestão da Funasa 2018, p. 62, os proponentes têm demonstrado deficiência no conhecimento mais especificamente em relação ao sistema Siga. Esse entendimento pode ser corroborado pelos comentários acima, como também pela percepção dos respondentes à pesquisa eletrônica a respeito do quantitativo de pessoas contratadas pela prefeitura para acessar sistemas como o Siafi, Siconv e Siga. Das 1.279 prefeituras que responderam à pesquisa, apenas dezoito (1,4%) não têm pessoa(s) ou empresa de consultoria contratada(s) para tal finalidade, conforme demonstrado na Tabela 26. Como as prefeituras recebem recursos federais de outros órgãos e entidades federais, elas necessitam ter uma equipe para operacionalizar sistemas informatizados para realizar a gestão dos instrumentos de repasse. Ocorre que o sistema Siga é um sistema exclusivo da Funasa, e pelo fato de a entidade não oferecer cursos e treinamentos para operá-lo, as equipes das prefeituras têm dificuldade para utilizar o sistema.

Tabela 26 - Municípios que têm pessoas contratadas para acessar sistemas como o Siafi, Siconv e Siga-Funasa (por porte de município)

Porte município	1 pessoa	2 pessoas	3 ou mais pessoas	Empresa de consultoria contratada	Não tem	Total geral
P1	26	11	1	2	1	41
P2	184	66	22	69	9	350
P3	148	103	22	58	3	334
P4	141	91	30	47	4	313
P5	94	73	39	34	1	241
Total geral	593	344	114	210	18	1279

Fonte: elaboração própria

247. Assim, faz-se oportuno propor os encaminhamentos abaixo relacionados.

248. Com base nas evidências e análises apresentadas, mostra-se razoável recomendar à Funasa que:

i) adote o Siconv (Plataforma+Brasil) como o único sistema a ser utilizado pelos municípios que recebem recursos por meio de instrumentos de repasse celebrados com a entidade;

ii) reavalie a necessidade de realizar melhorias no sistema Siga para processos informatizados que já estejam contemplados no sistema Siconv, tendo em vista que quaisquer atualizações tecnológicas implementadas nesse último sistema refletirão em ajustes no primeiro, gerando investimentos desnecessários;

iii) identifique as necessidades de capacitação e promova o treinamento dos entes convenentes, seja por meio de tutorial, curso à distância ou curso presencial; e

iv) corrija as inconsistências e erros dos dados de convênios e termos de compromisso e realize as adequações necessárias nos sistemas informatizados da Funasa, de forma a possibilitar a extração de dados e geração de relatórios gerenciais consolidados confiáveis e úteis a partir do sistema BI Funasa.

5. Análise dos comentários dos gestores

249. Primeiramente, cabe destacar foi aprovada, em 15/7/2020, a atualização do marco legal do saneamento básico (Lei 14.026/2020) que, dentre outras, alterou a Lei 11.445/2007 para aprimorar as condições estruturais do saneamento básico do País. No entanto, as modificações trazidas pela nova lei não afetam as propostas deste trabalho, uma vez que elas visam melhorias de resultados e controles. Como exemplo, tem-se a adoção do porte populacional como critério objetivo de elegibilidade e prioridade (Lei 14.026/2020 que alterou o inciso IX, art. 48 da Lei 14.445/2007) que reforça a recomendação 297.2-a.2 do presente relatório.

250. A fim de conceder ao gestor oportunidade para examinar o relatório preliminar da presente ação de fiscalização, o Tribunal encaminhou , por meio do Ofício 32364/2020-TCU/Seproc (peça 79), o Relatório de Auditoria Operacional para Avaliar o Sistema de Gestão dos Convênios da Funasa (peça 81), para que, julgando pertinente, apresentasse suas considerações e comentários a serem incorporados na versão final do relatório.

251. Em resposta ao referido Ofício, foi encaminhado a esta Corte de Contas, pela Funasa, o Oficio 189/2020/COGED/AUDIT/PRESI-FUNASA (peça 81), contendo em anexo Despacho 552/2020 DENSP (SEI 2253025), Despacho de cancelamento do Documento 1 (SEI 2253172), Despacho 1513/2020 DEADM (SEI 2251394), Despacho 104/2020 CGMTI (SEI 2250072), Despacho 122/202 CGCOFI (SEI 2251076) e Despacho 500/2020 CGCON (SEI 2253884).

Comentários do Gestor

252. Quanto à proposta de recomendação 258.2-a.1 do achado 2.1, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-a.1, a Funasa, por intermédio do Despacho

552/2020 DENSP (peça 81, p. 2-17), relacionou e apresentou, de forma resumida, processos seletivos do a) Programa de Aceleração do Crescimento; b) Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas; c) Melhorias Sanitárias Domiciliares; d) Sistema de Resíduos Sólidos; e) Saneamento em Áreas Rurais e Comunidades Tradicionais (Sistemas de Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Melhorias Sanitárias), que utilizam dados epidemiológicos como critério de elegibilidade ou priorização.

253. Dessa forma, a Funasa alegou que adota critérios de natureza epidemiológica combinados com outras informações socioeconômicas.

Análise pela Equipe

254. A recomendação relacionada ao achado desta fiscalização envolve aspectos que não se restringem apenas à perspectiva específica de fazer constar, nos processos seletivos, como um dos critérios de seleção, municípios que apresentem risco de transmissão de doenças, tal como trazido nos comentários do gestor.

255. A constatação faz referência ao estatuto da Funasa, que estabelece competência à entidade para fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, por meio da coordenação, planejamento e supervisão da execução de atividades relativas à formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para prevenção e controle de doenças. Ademais, a lei que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico define que a prestação desses serviços observará plano que deverá abranger, no mínimo, o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida, utilizando indicadores sanitários epidemiológicos, entre outros, e apontando causas das deficiências identificadas. Nesse contexto, a própria Funasa respondeu que não realiza levantamento do perfil sanitário dos municípios que fazem parte do público-alvo da entidade (peça 44).

256. Assim, a recomendação foi proposta para que a entidade utilize dados epidemiológicos, por meio da coordenação, planejamento e supervisão da execução das atividades de formulação de planos e programas de saneamento com foco na prevenção e controle de doenças, possibilitando o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária.

257. Por fim, a Funasa comentou que em 2020 foi feita contratação especializada junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com objetivo de realizar levantamento e análise dos dados sociais, territoriais e de saúde pública relacionados com as ações empreendidas pela entidade, visando ao controle de doenças e agravos, por município, o que, após a conclusão, possibilitará a reavaliação dos critérios atualmente utilizados.

258. Por todas essas razões, entende-se pelo ajuste da recomendação com o objetivo de indicar mais claramente que se trata da utilização de dados epidemiológicos em um âmbito maior do que a mera utilização desses dados como critério de elegibilidade ou priorização, com a seguinte redação: "utilize dados epidemiológicos, tais como incidência e prevalência de doenças relacionadas à insuficiência de saneamento, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária".

Comentários do Gestor

259. Em relação à recomendação 258.2-b.2 do achado 2.2, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-b.2, a Funasa, por intermédio do Despacho 552/2020 DENSP (peça 81, p. 17-19), destacou ações desenvolvidas, tais como a) Projeto Sustentar que tem como objetivo desenvolver ações estruturantes, bem como proporcionar o empoderamento das comunidades rurais e gestores municipais; b) Projeto Piloto de um Fundo de Apoio à estruturação e ao desenvolvimento de projetos de concessões de parcerias público privadas; c) realização de Oficinas de Capacitação em temas relacionados à Política e Plano Municipal de Saneamento Básico,

Estruturação e Implementação de Consórcios Públicos de Saneamento, Gestão Econômico-Financeira no Setor Saneamento, Redução de Perdas em Sistemas de Saneamento, e; d) elaboração de diversos manuais para orientar a formação, estruturação e prestação de serviços de saneamento.

Análise pela Equipe

260. A recomendação teve o objetivo de mitigar riscos para a não consecução dos objetivos e resultados esperados em relação aos instrumentos de repasse celebrados pela Funasa, haja vista que esses objetivos encontram-se comprometidos em razão da elevada quantidade de Tomadas de Conta Especial (TCEs) e de Processos de Cobrança Administrativa (PCAs), acarretando a não realização/conclusão de obras contratadas.

261. Nesse contexto, por intermédio de pesquisa eletrônica realizada com prefeitos e Deputados Federais, foi possível identificar, na percepção dos entrevistados, as principais dificuldades enfrentadas pelos municípios para executar e prestar contas dos convênios com a Funasa.

262. No entanto, a Funasa, em seus comentários, elencou Projetos e Oficinas de Capacitação para desenvolver ações específicas e pontuais, que não atendem aos objetivos da recomendação. Com relação aos Manuais e Procedimentos elaborados pela entidade, na opinião dos entrevistados, para o entendimento e compreensão das orientações, estes demandam a prestação de apoio técnico, por parte da entidade, para dirimir dúvidas e questionamentos.

263. Para tanto, a recomendação busca atender ao disposto no inciso III do artigo 11 do Decreto 8.867/2016, de modo que a Funasa se aproxime mais dos gestores municipais com o objetivo de coordenar, planejar e supervisionar a execução de atividades de cooperação técnica aos municípios para prestar esclarecimentos e orientações técnicas, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização, prestação de contas e capacitação.

264. Entende-se, portanto, pela manutenção da recomendação.

Comentários do Gestor

265. Relativamente à recomendação 258.2-e.1 do achado 3.3, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-e.1, a Funasa, por intermédio do Despacho 500/2020 CGCON (peça 81, p. 46-47), comentou que conseguiu identificar um dos motivos que leva ao atraso nos repasses e vem tratando diretamente com os superintendentes, para que no momento que os relatórios encontrem-se com recomendação de liberação de parcela, esse instrumento seja imediatamente remetido à Presidência da Funasa para conclusão do trâmite da liberação.

Análise pela Equipe

266. A Funasa não detalhou o motivo identificado que leva ao atraso nos repasses financeiros, podendo, inclusive, apontar outras razões para tal.

267. Assim, entende-se pela manutenção da recomendação.

Comentários do Gestor

268. No que se refere à recomendação 258.2-f.1 do achado 3.4, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-f.1, a Funasa, por intermédio do Despacho 552/2020 DENSP (peça 81, p. 20), comentou que as normas publicadas pela entidade para liberação de parcelas estão em consonância com os apontamentos efetuados pelo TCU e com os Decretos e Portarias Interministeriais, bem como com as Portarias publicadas pela entidade.

Análise pela Equipe

269. A recomendação para que a Funasa realize estudos para verificar a possibilidade de simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de

repasse, a fim de que elas possam imprimir eficiência na consecução dos objetos pactuados, está ligada à não apresentação/aprovação do projeto básico/termo de referência do instrumento de repasse e à intempestividade das fiscalizações de obras e análise das prestações de contas.

270. Ademais, na percepção dos prefeitos respondentes ao questionário eletrônico, a Funasa é vista como uma instituição "burocrática", por fazer muitas exigências desnecessárias, tornando o processo muito moroso, especialmente para aprovação do projeto básico.

271. Assim entende-se pela manutenção da recomendação, tendo em vista a necessidade de se revisar Portarias da Funasa, bem como seus Manuais de Procedimentos para Execução de Convênios e Termos de Compromisso, de forma a possibilitar a simplificação de processos e da legislação que trata do tema sobre saneamento.

Comentários do Gestor

272. Quanto à recomendação 258.2-f.2 do achado 3.4, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-f.2, a Funasa, por intermédio do Despacho 552/2020 DENSP (peça 81, p. 20-21), comentou que em meados de 2012 a 2014, realizou procedimentos licitatórios para a contratação de serviços especializados para elaboração de diagnóstico, estudos de concepção e viabilidade do Relatório Técnico Preliminar (RTP), serviços de campo, projetos básicos e executivos de engenharia e estudos ambientais para sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário em municípios de diversos estados do país.

273. Atualmente, a Funasa informou que iniciou um trabalho para centralizar os projetos de engenharia contratados pela Funasa ao longo dos anos, com o objetivo de fazer um Banco de Projetos, que consistirá em um arquivo eletrônico de projetos com uma descrição dos projetos contratados. De acordo com a entidade, em 2020 foi disponibilizado no site da Funasa o projeto referência para execução de Módulos Sanitários para o Programa de Melhorias Sanitárias e está em andamento a elaboração de atualização do projeto referência para o Programa de Melhorias Habitacionais para o Controle de Chagas.

Análise pela Equipe

274. Os procedimentos licitatórios para contratação de serviços especializados para prestar apoio técnico ao municípios vigentes no período de 2012 a 2014 estariam alinhados com a recomendação formulada pela equipe de auditoria, uma vez que seria uma forma de viabilizar a elaboração dos projetos básicos – uma das razões para a demora na conclusão dos objetos contratados, exigindo contínuas prorrogações, acarretando a não conclusão dos convênios.

275. A criação de um Banco de Projetos é uma iniciativa válida, no entanto, a equipe de auditoria entende que se aplica a projetos padronizados e simples, a exemplo dos Programas de Melhorias Sanitárias e de Melhorias Habitacionais para o Controle de Chagas. Para demais programas, os projetos demandam a observância das peculiaridades e especificidades de cada localidade a ser atendida.

276. Assim, a equipe de auditoria conclui pela manutenção da recomendação.

Comentários do Gestor

277. Relativamente à recomendação 258.2-g.1 e 258.2-g.2 do achado 4.1, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-f.1 e 297.2-f.2, a Funasa, por intermédio do Despacho 552/2020 DENSP (peça 81, p. 21-22), comentou que, no bojo do Acórdão 2781/2018-TCU-Plenário, está previsto o estabelecimento e implementação de rotinas de monitoramento dos resultados, tais como avaliação de impacto à saúde (AIS) e da sistemática de monitoramento e avaliação por indicadores (SMAI), as quais poderão ser utilizados como instrumentos de gestão e de avaliação de desempenho institucional.

Análise pela Equipe

278. A Funasa, por ser uma entidade vinculada ao Ministério da Saúde, deve fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças e agravos, em conformidade com o Decreto 8.867/2016.

279. Portanto, é de suma importância que a entidade elabore as metas de desempenho institucional, tal como recomendado pela equipe de auditoria, a fim de possibilitar a aferição da melhora do quadro epidemiológico das doenças intimamente relacionadas à carência de saneamento ambiental.

280. Dessa forma, mantém-se a recomendação até que a Funasa apresente a implementação de ações que venham a atendê-la, conforme observado nos parágrafos 216 a 221 do presente relatório.

Comentários do Gestor

281. Relativamente à recomendação 258.2-h do achado 4.2, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.2-h, a Funasa, por intermédio do Despacho 104/2020 CGMTI (peça 81, p. 44), comentou que no que diz respeito à recomendação 258.2-h.1, está previsto para agosto/2020 o início da migração dos passivos, como piloto do projeto de adoção da Plataforma+Brasil. E acrescenta que além dessa iniciativa, já existe um planejamento entre a CGMTI e a CGCON para o início dos trabalhos de migração dos convênios do Sistema Siga para a Plataforma+Brasil. Em relação à recomendação 258.2-h.2, a entidade comentou que se encontra em andamento um projeto para melhoria das integrações existentes entre os dois sistemas (Siga e Siconv), além da previsão de ajustes em outras funcionalidades com o objetivo de evitar inconsistências de dados e prover transparência na execução dos instrumentos de repasse. No que tange à recomendação 258.2-h.4, a Funasa informou que no dia 17/7/2020 foi realizado Pregão 06/2020 para contratação de empresa de suporte e infraestrutura, que também será responsável pela manutenção da plataforma BI da Funasa.

282. Especificamente à recomendação 258.2-h.3 do achado 4.2, do relatório preliminar, renumerado neste relatório final para 297.2-h.3, a Funasa, por intermédio do Despacho 500/2020 CGCON (peça 81, p. 46), comentou que está providenciando, junto à Diretoria do Departamento de Transferência da União/ME, a capacitação de seus servidores quanto à alimentação na Plataforma+Brasil, a fim de gerar dados e produzir informações mais precisas. Outros cursos de capacitação estão sendo planejados no âmbito do Projeto Institucional da CGCON.

Análise pela Equipe

283. As ações em curso serão objeto de monitoramento até que se verifique o atendimento das recomendações, conforme análise constante nos parágrafos 237, 244 e 245. Portanto, entende-se pela manutenção das recomendações.

Comentários do Gestor

284. Quanto à determinação 258.1 do achado 2.2, do relatório preliminar (peça 75), renumerado neste relatório final para 297.1, a Funasa, por intermédio do Despacho 500/2020 CGCON (peça 81, p. 46), comentou que em reunião de Diretoria, realizada em 20/7/2020, foi deliberada a formação de Grupo de Trabalho que irá realizar o levantamento de todos os instrumentos constantes da Portaria Funasa 4.749/2019, que porventura não foram cancelados, com prazo de conclusão para 10/8/2020. Após a finalização dos trabalhos, encaminhada resposta ao TCU.

Análise pela Equipe

285. As ações em curso serão objeto de monitoramento até o cumprimento da determinação. Assim, entende-se pela manutenção da determinação.

6. Conclusão

286. Saneamento básico é um direito humano reconhecido pela Organização das Nações Unidas e consubstanciado internamente tanto a nível constitucional quanto infraconstitucional. Neste contexto, a Lei 11.445/2007 (alterada pela Lei 14.026/2020) é norma primordial por estabelecer diretrizes nacionais, a política federal de saneamento básico e os princípios fundamentais da universalização, da integridade e da disponibilidade da prestação desses serviços.

287. A Funasa foi a instituição criada pelo Decreto 100/1991 para a prevenção e controle de doenças e para formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental em municípios com até 50 mil habitantes. Para tanto, ela tem se utilizado de instrumentos de repasse, mormente convênios, para atingir seus objetivos.

288. Tais instrumentos, todavia, não têm sido capazes de cumprir com a finalidade pactuada em decorrência da inexistência, dentre outras, de capacidade operacional (recursos humanos e de tecnologia da informação); de recursos orçamentários e financeiros suficientes; de sistema eficiente para a gestão dos convênios celebrados; e do próprio modelo de atuação centrado apenas na alocação de recursos, atribuindo-se ao convenente, basicamente, a maior parte do risco da execução do empreendimento, a despeito da capacidade técnica do município beneficiário.

289. Essas deficiências sinalizam a inadequação do modelo de atuação trilhado pela Funasa nos últimos anos. E isso se revela nas dificuldades financeiras, evidenciada pela existência de passivo a descoberto; na falta de estratégia de atuação; na inexistência de sistema de gestão eficaz que possa emprestar simplicidade, eficiência e transparência aos processos capitais da instituição; na falta de recursos humanos capacitados para atender à sua missão primordial; no distanciamento dos municípios que deveria assistir; no não alcance dos objetivos e metas pactuados, dentre outras.

290. Importante remarcar que muitas das deficiências apontadas já foram alvo de deliberação desta Corte de Contas. Cita-se como exemplo mais importante o Acórdão 2.781/2018-TCU-Plenário da relatoria do Ministro Augusto Nardes, que, dentre outras providencias, determinou à Funasa que redefinisse sua política institucional, bem como estabelecimento da relação custo/benefício dessa nova política (subitem 9.1.7. do referido Acórdão). Não tendo sido a determinação completamente cumprida, ela foi corroborada por meio do Acórdão 787/2020-TCU-Plenário que, em sede de monitoramento do Acórdão 2781/2018, determinou a oitiva da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para que se manifeste sobre a sustentabilidade do modelo operacional adotado pela Funasa.

291. Nessa mesma linha, cabe repisar algumas das conclusões apontadas pela consultoria realizada, em 2018, com recursos da Deutsche GesellschaftFürInternationale (GIZ), no âmbito do Projeto Fortalecimento do Controle Externo Área Ambiental (peça 73).

292. Segundo a Consultoria realizada, a Funasa deveria se envolver mais no apoio à gestão dos serviços que ela presta. Para tanto, deveria atuar para melhorar a capacidade dos municípios em realizar planejamento, elaborar projetos, regular os serviços, bem como na capacidade de os municípios contratarem e fiscalizarem a prestação dos serviços, seja por empresas estatais seja por empresas privadas.

293. Para a Consultoria, o aumento da atuação da Funasa apoiando a gestão fará com que ela melhore o desempenho da qualidade das transferências de recursos para investimentos. Entretanto, um maior êxito dessas transferências é dependente de uma ampla reforma no âmbito da Política de Saneamento Básico e de como esses recursos são transferidos.

294. Nessa senda, as evidências coligidas, tanto de fontes internas quanto externas, sugerem que as ações desenvolvidas pela Funasa não têm sido suficientes para prover a população dos municípios alvo, dos serviços essenciais de saneamento básico necessários a uma vida saudável. Dessa forma, embora não seja a Fundação responsável isolada por suas ações, ou melhor, pela condução da política pública de saneamento básico, ela vem deixando de cumprir preceitos

constitucionais, legais e infralegais que estabelecem o saneamento básico como um dos condicionantes para uma boa saúde, tampouco vem cumprindo a contento sua competência de fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças (Decreto 8.867/2016).

295. O que emerge de toda a análise é a urgente e necessária reforma do modelo de atuação (modelo de negócio) da Funasa. Transigir com tal medida, equivale quase a condenar milhões de brasileiros a padecer de males que já há muito poderiam ter sido erradicados, mas que sobrevivem em decorrência de modelo de atuação institucional equivocado.

296. É, portanto, no contexto até aqui delineado, que se entende importante recomendar à Funasa e aos órgãos governamentais superiores, que têm competência para orientar as organizações sob sua supervisão, ações e iniciativas que visem a corrigir as situações identificadas ou, ao menos, formas de mitigá-las, a fim de que os objetivos e metas pactuados em diferentes níveis e normas possam se converter em realidade e deixar de figurar, ao que parece, a uma mera pretensão programática.

7. Proposta de encaminhamento

297. Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo:

297.1. Determinar à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de sessenta dias, informe o TCU sobre a conclusão do cancelamento dos instrumentos de repasse, consoante o disposto nos arts. 3º e 4º da Portaria Funasa 4.749/2019.

297.2. Recomendar à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, que:

a) no que se refere aos critérios de elegibilidade e priorização para formalização dos instrumentos de repasse com os municípios que fazem parte do público alvo da entidade (achado 2.1):

a.1) utilize dados epidemiológicos, tais como a incidência e prevalência de doenças relacionadas à insuficiência de saneamento, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária; e

a.2) considerando que a Funasa atende 88% dos municípios brasileiros, avalie a adoção da estratificação de municípios aplicando-se o critério de concentração populacional, a exemplo do adotado nesta auditoria, a fim de procurar equilibrar a distribuição de recursos dos instrumentos de repasse entre municípios de menor e maior porte populacional;

b) no que se refere às medidas para mitigar a não realização/conclusão de obras, objeto dos instrumentos de repasse (achado 2.2):

b.1) aprimore o monitoramento dos instrumentos de repasse para permitir que a entidade realize o controle automatizado do cronograma físico e financeiro dos projetos e que as necessárias e oportunas providências sejam adotadas para evitar a procrastinação da execução ou a não entrega do objeto; e

b.2) preste serviços de cooperação técnica e apoio à gestão municipal para melhoria da gestão dos sistemas públicos de saneamento, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização, prestação de contas;

c) no que se refere ao quadro deficitário de servidores competentes e capacitados (achado 3.1):

c.1) realize o perfil profissiográfico para auxiliar a determinar as características desejáveis de seus servidores, suas habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais, a fim de qualificá-los para o desempenho adequado nas atividades finalísticas das suas Superintendências Estaduais; e

c.2) implemente um plano de capacitação e treinamento dos servidores;

d) no que se refere à alocação e aplicação de recursos orçamentários não alinhados com sua capacidade operacional para acompanhar e executar os objetos dos convênios (achado 3.2):

d.1) adeque, ao longo do tempo, o portfolio de atuação da entidade à capacidade operacional e aos recursos orçamentários disponíveis;

d.2) aborde o processo orçamentário não somente para lidar com o problema de alocação de recursos, mas também para servir como instrumento de apoio à decisão, em consonância com o sistema de planejamento estratégico e de gestão de políticas públicas; e

d.3) reduza ao mínimo possível o montante de "valores pendentes de empenho" e de "restos a pagar inscritos";

e) no que se refere à dificuldade para a realização de uma boa gestão financeira, impossibilitando efetuar o repasse de recursos aos convenentes de forma célere e eficiente (achado 3.3):

e.1) revise o processo de programação e liberação financeira de recursos aos convenentes de forma a identificar e corrigir suas distorções burocráticas, a fim de permitir o acompanhamento da gestão financeira dos instrumentos de repasse de forma transparente, ágil e confiável;

f) no que se refere à demora na conclusão dos objetos contratados, exigindo contínuas prorrogações, e acarretando a não conclusão dos convênios (achado 3.4):

f.1) realize estudos para verificar a possibilidade de simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de repasse a fim de que elas possam imprimir eficiência na consecução dos objetos pactuados; e

f.2) desenvolva estudos para verificar a possibilidade de realizar parcerias para apoiar as prefeituras na elaboração dos projetos básicos, necessários para viabilizar o repasse de recursos de convênios para a implementação dos serviços de saneamento básico;

g) no que se refere à ausência de medição de resultados dos convênios celebrados pela Funasa (achado 4.1):

g.1) elabore as metas de desempenho institucional alinhadas com os objetivos estratégicos e focadas para mensuração da qualidade dos produtos e serviços entregues à sociedade no cumprimento de sua missão institucional, especialmente para visar a melhora do quadro epidemiológico das doenças intimamente relacionadas à carência de saneamento ambiental; e

g.2) promova maior transparência e institua mecanismos de controle social na execução de cada uma das atividades de gestão dos instrumentos de repasse, desde a decisão quanto à alocação e aplicação de recursos, realização dos chamamentos públicos, seleção das propostas e aferição acerca da realização de obras de convênios;

h) no que se refere às rotinas inadequadas e ineficientes dos sistemas informatizados da Funasa para atualizar, gerenciar, monitorar e controlar a execução de obras, objeto de convênios (achado 4.2):

h.1) adote o Siconv (Plataforma + Brasil) como o único sistema a ser utilizado pelos municípios que recebem recursos por meio de instrumentos de repasse celebrados com a entidade;

h.2) reavalie a necessidade de realizar melhorias no sistema Siga para processos informatizados que já estejam contemplados no sistema Siconv, tendo em vista que quaisquer atualizações tecnológicas implementadas nesse último sistema refletirão em ajustes no primeiro;

h.3) identifique as necessidades de capacitação e promova o treinamento dos entes convenentes, seja por meio de tutorial, curso à distância ou curso presencial; e

h.4) corrija as inconsistências e erros dos dados de convênios e termos de compromisso e realize as adequações necessárias nos sistemas informatizados da Funasa, de forma a possibilitar a

extração de dados e geração de relatórios gerenciais consolidados confiáveis e úteis a partir do sistema BI Funasa;

297.3. Nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315, de 2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido da necessidade de se monitorar as recomendações contidas no subitem 297.2, alíneas 'a' a 'h' e a determinação expressa no subitem 297.1.

298. Encerrar e arquivar o presente processo, nos termos do art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU."

4. O corpo diretivo da SecexSaúde aquiesceu ao referido encaminhamento.

É o relatório.

VOTO

Cuidam os autos de relatório de auditoria na modalidade operacional com o objetivo de avaliar a gestão dos convênios celebrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em cumprimento ao Acórdão 2.810/2016-Plenário.

2. A fim de atender ao propósito do trabalho, foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

"Questão 1: Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?

Questão 2: Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?

Questão 3: Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?"

3. O marco legal do saneamento básico no país é a Lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007, com as atualizações efetuadas pela Lei 14.026, de 15 de junho de 2020.

4. A coordenação dessa política pública se insere no rol de atribuições do Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), conforme o art. 29 da Lei 13.844, de 18 de junho de 2019.

5. A despeito disso, as ações de saneamento básico afetam e são de interesse do Ministério da Saúde, o que implica a atuação complementar dos dois ministérios na realização dos objetivos dessa política.

6. Tal aspecto pode ser evidenciado pela própria missão da Funasa, que é uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, com o objetivo de promover e proteger a saúde mediante o exercício das seguintes competências, nos termos do art. 2º do anexo I do Decreto 8.867, de 3 de outubro de 2016:

> *"I - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças; e*
>
> *II - formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental."*

7. Essa relação de complementaridade entre o MDR e o MS pode ser observada na execução dos investimentos em saneamento básico com recursos do Orçamento Geral da União (OGU). Segundo o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), a atuação do MDR está direcionada a municípios maiores, com população superior a 50 mil habitantes ou integrantes de Regiões Metropolitanas (RM) ou Regiões Integradas de Desenvolvimento (Ride), e a municípios críticos para risco hidrológico.

8. Quanto à Funasa, o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 lhe reservou o atendimento a municípios com menos de 50 mil habitantes, áreas rurais, quilombolas e sujeitas a endemias. A entidade também presta apoio técnico e/ou financeiro no combate, controle e redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças de veiculação hídrica ou causadas pela falta de saneamento básico e ambiental.

9. A Funasa também assumiu a responsabilidade de elaborar e implementar o Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), que passou a ser chamado de Programa de Saneamento Brasil Rural (PSBR). Tal política prevê a realização de melhorias nas condições sanitárias da população rural brasileira, com investimentos totais no montante de R$ 218.940.000.000,00, no prazo de 20 anos.

10. Como se vê, a Funasa detém relevantes competências no arcabouço institucional brasileiro, de forma que é importante avaliar a eficiência e eficácia de sua atuação, especialmente na gestão de instrumentos de repasse celebrados para execução de obras e serviços de saneamento.

11. Antes de adentrar no exame das questões de auditoria formuladas pela SecexSaúde, julgo pertinente expor alguns dados levantados pela unidade técnica a respeito da situação do saneamento básico no Brasil.

II – Dados de saneamento básico no Brasil

12. Conforme o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), 83,6% da população brasileira dispõe de água canalizada por meio de sistema de abastecimento; 53,2% de esgotamento sanitário por meio de rede de esgoto; e 92,1% de cobertura de coleta domiciliar de resíduos sólidos.

13. Todavia, há bastante disparidade regional nos dados supramencionados.

14. A maioria dos estados tem índice médio de atendimento urbano por rede de água acima de 90%. Tal situação se verifica no Distrito Federal e em dezoito estados. Na faixa de 80% a 90%, aparecem Alagoas e Amazonas; na faixa logo abaixo, entre 60% e 80%, aparecem os estados do Maranhão, Ceará, Acre e Rondônia; na penúltima faixa, de 40% a 60%, situa-se o estado do Pará. O Amapá apresenta índice inferior a 40%, com 38,3% da população urbana atendida.

15. No que se refere ao atendimento urbano com rede coletora de esgotos, as diferenças regionais são mais evidentes. Apenas o Distrito Federal, São Paulo, Paraná e Minas Gerais apresentam valores de cobertura acima de 70%. Na faixa de 40% a 70%, aparecem outros oito estados: Rio de Janeiro, Roraima, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Bahia, Goiás, Paraíba e Mato Grosso. Na faixa logo abaixo, de 20% a 40%, situam-se nove estados: Rio Grande do Sul, Tocantins, Ceará, Sergipe, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Alagoas, Santa Catarina e Piauí. Na penúltima faixa, de 10% a 20%, encontram-se três estados: Maranhão, Acre e Amazonas. Por fim, na menor faixa, inferior a 10%, há três estados: Amapá, Pará e Rondônia.

16. A situação se repete quando se analisam os dados dos municípios.

17. Considerando o universo de entes com dados cadastrados no SNIS, 3.996 apresentam índice de atendimento urbano por rede de água superior a 90%; 450 possuem cobertura entre 80% e 90%; 394, entre 60% e 80%; 149, entre 40% e 60%; e 147 possuem cobertura abaixo de 40%. Dentre os integrantes da primeira faixa, 2.639 municípios apresentam índice de atendimento por rede de água igual a 100%. Em termos de população, esses municípios correspondem a 44,9% da população urbana residente de toda a amostra, sendo este o percentual de população urbana do país com acesso aos serviços de água universalizado.

18. No que se refere ao atendimento urbano com rede coletora de esgotos, 1.536 municípios encontram-se com índice de cobertura superior a 70%; 409 entre 40 e 70%; 249 entre 20 e 40%; 146 entre 10 e 20%; e 178 municípios com atendimento abaixo de 10%. Cabe destacar que 1.531 municípios preencheram formulário simplificado no SNIS (sem cobertura de esgoto), sendo que 1.521 não enviaram nenhuma informação.

19. Quanto ao índice de tratamento de esgotos, 574 municípios apresentam percentual superior a 80,0%; 354 situam-se na faixa entre 60,1 e 80,0%; 290, entre 40,1 e 60%; 300, entre 20,0 e 40,0%; e 996 municípios, abaixo de 20%. No total, o mapa apresenta o resultado de 4.050 municípios, sendo 2.514 com o índice calculado e 1.531 municípios que não possuem sistema público de esgoto.

20. Tal quadro revela um grande espaço potencial de atuação da Funasa no provimento dos serviços de saneamento básico, principalmente se for considerada a estratificação dos municípios segundo o porte populacional, na qual se verifica uma absoluta predominância de entes com população

inferior a 50 mil habitantes – 4.897 entes, o que equivale a 87,9% do universo total, segundo exposto na tabela 3 da unidade técnica.

III – Execução da auditoria

21. Diante dos apontamentos realizados em trabalhos anteriores desta Casa, a respeito de diversas falhas na condução de convênios e instrumentos congêneres por parte da Funasa, buscou-se avaliar, de forma geral, a eficiência e a efetividade do sistema de gestão desses ajustes. Para tanto, foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

> *"Questão 1: Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?*
>
> *Questão 2: Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?*
>
> *Questão 3: Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?"*

22. A fim de responder aos referidos questionamentos, a SecexSaúde coletou dados nos sistemas informatizados da Funasa e realizou entrevistas **in loco** – em cidades do Maranhão e de Goiás e nas respectivas superintendências regionais das entidades – e de forma eletrônica mediante o uso do **software** livre **limesurvey**.

23. A segunda técnica de auditoria mencionada contemplou o envio de questionários para prefeitos de municípios com até cinquenta mil habitantes e deputados federais da atual legislatura que já haviam apresentado alguma emenda para celebração de convênio com a Fundação na área de saneamento básico.

24. Cabe destacar o baixo percentual de resposta das entrevistas realizadas pela via eletrônica, que ficou em torno de 10,9% e 26,1% do quantitativo de prefeitos e deputados federais, respectivamente. No primeiro caso, o número variou segundo o porte do município, tendo atingido o valor máximo de 24,2% no caso dos prefeitos dos municípios entre 10 mil e 20 mil habitantes.

25. Como bem afirmado pela SecexSaúde, isso implica que *"as taxas de respostas obtidas constituem-se em uma limitação para a interpretação dos resultados da pesquisa eletrônica, na medida em que não permitem a generalização dos resultados, em seu conjunto, para todo o universo de stakeholders selecionados."*

26. De toda forma, a técnica de fiscalização escolhida não permite aferir a eficiência e a efetividade da política pública de oferta de saneamento básico por parte da Funasa, já que não foram promovidas a verificação de dados a partir de indicadores nem a análise crítica de sua aderência a uma realidade extraída.

27. Em minha visão, o trabalho buscou mais promover um diagnóstico dos problemas ocorridos na gestão dos convênios pela Funasa, segundo a percepção dos diversos **stakeholders**, do que medir a eficiência e a efetividade da atuação da entidade.

28. A despeito disso, as observações trazidas pelas pessoas entrevistadas se mostram importantes para construir um quadro real das dificuldades enfrentadas na condução de convênios e instrumentos congêneres, constituindo um importante subsídio para o aperfeiçoamento da política pública.

29. A relevância do trabalho pode ser evidenciada, ainda, pelo volume de recursos destinados a investimentos por parte da Funasa. Conforme a tabela 5 do relatório da SecexSaúde, a dotação para

essa natureza de despesa, entre 2015 e 2019, variou entre os limites mínimo e máximo de R$ 869,53 milhões (2019) e R$ 1,25 bilhão (2017), totalizando o montante de R$ 5,2 bilhões no período.

30. Conforme será mais bem detalhado adiante, essa dotação não se mostra suficiente para custear o volume financeiro do estoque de convênios celebrados e ainda em vigor, revelando, de cara, uma situação de dificuldade operacional da Funasa para dar regularidade ao fluxo financeiro desses instrumentos. Tal quadro contribui para a demora na conclusão dos instrumentos ou, mesmo, para a sua paralisação, somando-se a outros fatores relacionados à atuação dos convenentes.

31. A tabela a seguir, extraída do relatório da SecexSaúde, traz o saldo acumulado de convênios e Termos de Compromisso (PAC) de 2015 a 2019:

Tabela 1 - Saldo acumulado de convênios e Termos de Compromisso (PAC) de 2015 a 2019

Execução dos Instrumentos de Repasse (*)	Até DEZ/2019	Até DEZ/2018	Até DEZ/2017	Até DEZ/2016	Até DEZ/2015
Valores FIRMADOS	13.133.195.169,51	13.258.605.229,34	11.479.928.032,61	11.904.977.035,88	13.663.170.567,95
Valores a LIBERAR	4.394.069.534,41	4.793.559.419,85	3.369.926.063,05	3.644.081.463,17	4.482.159.605,62
Valores a COMPROVAR	2.625.472.600,83	2.643.381.546,97	2.339.013.762,47	2.334.571.455,59	1.976.520.353,44
Valores a APROVAR	1.282.389.164,46	1.163.869.979,66	1.291.518.566,11	1.210.738.005,20	1.531.686.787,91
Valores APROVADOS	2.570.140.269,15	2.456.647.380,74	2.453.368.132,89	2.423.745.120,00	2.409.906.366,10
Valores IMPUGNADOS	56.052,34	-	-	-	-
Valores em INADIMP EFETIVA	610.589.105,11	616.972.567,28	533.880.244,34	532.440.423,36	374.981.733,24
Valores em INADIMP SUSPENSA	1.071.783.043,52	1.058.926.336,35	1.027.249.083,89	931.544.045,93	883.757.644,88
Valores CANCELADOS	-	-	-	-	22.554,18
Valores NAO LIBERADO/DEVOLVIDO	247.493.896,22	113.630.754,14	56.584.000,37	188.532.328,04	1.008.179.278,65
Valores ARQUIVADOS	18.077.382,66	-	4.201.054,09	225.456,18	13.018.206,21
valores CONCLUIDOS	313.124.120,81	411.617.244,35	404.187.125,40	639.098.738,41	982.938.037,72

(*) Instrumentos de repasse = Convênios, Cooperação Técnica e Contrato de Repasse. Sem valores dos Termos de Execução Descentralizada.

Fonte: Siafi

32. Considerando os valores a liberar do estoque de instrumentos de repasse existentes até dezembro/2018, de aproximadamente R$ 4,79 bilhões, e a dotação de investimentos em 2019, de R$ 869,53 milhões (**vide** item 29 **retro**), a Funasa demoraria aproximadamente 5,5 anos para transferir os valores correspondentes à totalidade dessas avenças, sem considerar, por óbvio, a eventual celebração de novos convênios. Tal comparação, por simplificação, também não leva em conta a suposta impossibilidade de realizar tais repasses por problemas afetos ao próprio convenente (prestação de contas).

33. Dito isso, passo ao exame das respostas trazidas em face das questões de auditoria formuladas pela unidade técnica.

III.1. Em que medida os instrumentos de repasse celebrados pela Fundação Nacional de Saúde para execução de obras e serviços de saneamento têm alcançado os objetivos e resultados esperados?

34. Diante dos elementos trazidos, a SecexSaúde concluiu que:

a) a atuação da Funasa não tem sido suficiente para prevenir e controlar doenças e agravos decorrentes de saneamento inadequado; e

b) há um comprometimento do alcance dos objetivos da entidade devido à elevada quantidade de instrumentos de repasse que ensejam a instauração de TCE ou convênios e termos de compromisso expirados por inexecução e/ou não conclusão de obras.

III.1.1. A atuação da Funasa não tem sido suficiente para prevenir e controlar doenças e agravos decorrentes de saneamento inadequado.

35. Segundo a avaliação da SecexSaúde, a partir do exame da base de dados e informações do IBGE, SNIS e do Ministério da Saúde, bem como das entrevistas realizadas, esse **deficit** de efetividade da Funasa na implementação de ações de saneamento básico decorre de falhas nos critérios de elegibilidade dos convênios.

36. Segundo o art. 19, inciso I, da Lei 11.445/2007, a prestação de serviços públicos de saneamento básico observará plano, que poderá ser específico para cada serviço, o qual abrangerá, dentre outras coisas, *"diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida, utilizando sistema de indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos e apontando as causas das deficiências detectadas*" (grifos acrescidos).

37. Ademais, os incisos IV e IX do art. 48 da aludida lei prescrevem que a União, no estabelecimento de sua política de saneamento básico, observará as seguintes diretrizes:

> *"IV - utilização de indicadores epidemiológicos e de desenvolvimento social no planejamento, implementação e avaliação das suas ações de saneamento básico;*
>
> *(...) IX - adoção de critérios objetivos de elegibilidade e prioridade, considerados fatores como nível de renda e cobertura, grau de urbanização, concentração populacional, porte populacional municipal, áreas rurais e comunidades tradicionais e indígenas, disponibilidade hídrica e riscos sanitários, epidemiológicos e ambientais;"*

38. Conforme visto, o índice de cobertura de abastecimento de água, esgoto e tratamento não é uniforme no território nacional, sendo marcado por disparidades por região e porte dos municípios.

39. A SecexSaúde apurou que os estados do AC, AP, RO, PA e MA têm índice de atendimento em abastecimento de água abaixo de 60%, conforme apresentado na Tabela 9 do relatório da unidade técnica. Em relação à coleta de esgoto, a maioria dos estados da região norte e nordeste tem índice abaixo de 30%, tais como os estados do AC, AM, AP, RO, PA, TO, AL, CE, MA, PE, PI, RN e SE. Nas demais regiões, apenas SC apresenta esse índice abaixo de 30%.

40. Quanto aos problemas relacionados à saúde da população (Tabela 9 do relatório que antecede este voto), as regiões Norte e Nordeste são as que têm estados com mais de 60% de seus municípios com epidemias e endemias causadas por condições de saneamento inadequadas, quais sejam, AC (81,8% dos municípios), AP (93,8% dos municípios), CE (62,5% dos municípios), PB (61,4% dos municípios), RN (62,9% dos municípios) e SE (82,7% dos municípios).

41. No que diz respeito às internações hospitalares provocadas por endemias e epidemias provenientes de um sistema deficitário de saneamento básico, verifica-se que nos estados houve uma redução gradativa nas internações por doenças ligadas ao saneamento básico ineficiente no período de 2008 a 2016, à exceção do Maranhão, que apresentou um número maior de casos com o passar dos anos (Tabela 10).

42. No Brasil, o número de internações por 100 mil habitantes passou de 309,2, em 2008, para 166,8, em 2016. As regiões Norte e Nordeste, que têm as piores taxas de cobertura de saneamento básico, também apresentam as maiores taxas de endemias e de internações por doenças relacionadas à falta de saneamento básico.

43. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado foram responsáveis por 7,2 mortes para cada 100.000 habitantes no Brasil em 2000, passando para 5,2 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2015. O impacto da falta de saneamento para crianças de zero a quatro anos e idosos de sessenta a 79 anos é maior, sendo eles os mais afetados, como se pode observar na Tabela 11 da instrução da SecexSaúde.

44. De todo modo, ao ser indagada pela equipe de auditoria, a Funasa respondeu *"que não realiza levantamento do perfil sanitário dos municípios que fazem parte do público alvo da entidade"*.

45. Conforme apurado pela unidade técnica, a entidade utiliza como parâmetros de elegibilidade de convênios dados oficiais do governo, tais como o SNIS (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento), dados de mortalidade infantil do Ministério da Saúde, IDH publicado pela ONU, entre outros.

46. No entanto, não ficou evidenciado que a Funasa realiza avaliação dos municípios mais carentes que necessitam de investimentos, em razão da ocorrência de doenças e agravos relacionados à falta ou inadequação de saneamento básico, para distinguir e eleger aquele que irá celebrar o instrumento de repasse.

47. Com isso, a SecexSaúde concluiu *"que a Funasa não adota critérios objetivos de elegibilidade e prioridade para beneficiar municípios mais carentes, considerando a disponibilidade hídrica, riscos sanitários e concentração populacional, entre os 4.827 municípios que se encontram na sua área de atuação"*.

48. A unidade técnica também verificou que a maioria absoluta dos municípios que não celebraram nenhum convênio no período pesquisado é composta por entes com população abaixo de 10 mil habitantes (66%). Isso implica uma predominância desproporcional dessa faixa, já que, se mantida a distribuição dos municípios por porte, seria esperada uma participação de aproximadamente 44% no universo de municípios não contemplados.

49. A equipe de auditoria explicou a situação da seguinte forma:

> *"Municípios maiores têm maior influência política e contam com melhor infraestrutura para elaboração de projetos e para captação de recursos de outras fontes, ao passo que os municípios mais carentes têm maior dificuldade para atender às exigências da Funasa para celebrar convênios e, em geral, são os que apresentam os piores indicadores sanitários e de saúde."*

50. Dito de outro nodo, o excesso de burocracia e os problemas de estrutura administrativa dos municípios de menor porte dificultam o atendimento da política pública em exame. Por óbvio, o afrouxamento dos critérios não seria capaz de por si só conferir maior eficácia aos convênios da Funasa. Todavia, é preciso repensar a forma de atuação da entidade, de modo a permitir um maior alcance de suas políticas, principalmente nos extratos mais necessitados da sociedade.

51. A SecexSaúde constatou a concentração do número de convênios celebrados na faixa de municípios maiores. Em suas palavras:

> *"(...) em termos relativos, os municípios com maior porte populacional celebram mais convênios que municípios de porte menor, conforme demonstrado na Tabela 13. Municípios de porte P1, P2 e P3, com até 10.000 habitantes, celebraram menos instrumentos de repasse com a Funasa que municípios de porte maior (P4, P5 e com mais de cinquenta mil habitantes). A título de exemplo, convênios celebrados com recursos próprios da Funasa, municípios com porte P1, P2 e P3 apresentam, respectivamente, índices 1,6, 2,8 e 3,8, ao passo que municípios com porte P4, P5 e municípios com mais de cinquenta mil habitantes apresentam, respectivamente, índices 4,8, 5,3 e 5,7. O índice calculado, que mede quantidade de convênios por município, diz respeito a recursos oriundos de emendas parlamentares, do PAC e da própria da Funasa, e é favorável para municípios maiores (Tabela 13)."*

52. Esse número por si só não revela tanto uma distorção, na medida em que os maiores municípios requerem mais intervenções. Ademais, há critérios de elegibilidade na lei que favorecem os entes com maior população, tais como o grau de urbanização, a concentração populacional e até mesmo os dados epidemiológicos, que podem ser afetados pela maior densidade da população. Como

forma de comparação, talvez o correto fosse medir a quantidade de convênios por milhão de habitantes ou, ainda, a quantidade de recursos pactuados **per capita**, a fim de apurar uma eventual distorção.

53. De todo modo, é adequada a conclusão da SecexSaúde de que deveria ser incentivada a associação voluntária dos municípios, por convênio de cooperação, consórcio público ou outras modalidades de parceria, de forma a contemplar a integralidade dos componentes do saneamento. Porém, considerando que tal iniciativa deve partir dos próprios entes municipais, não há encaminhamento a ser adotado quanto à medida.

54. A SecexSaúde destacou, ainda, que a Funasa não possui recursos para celebrar convênios e termos de compromisso, de forma a atender às necessidades da maioria das Prefeituras com até cinquenta mil habitantes. Conforme visto, a dotação orçamentária é insuficiente até mesmo para custear o estoque de instrumentos já celebrados, não havendo, por evidente, créditos orçamentários para contemplar a universalidade das carências de saneamento existentes nos municípios menores.

55. Na visão da unidade técnica, tal situação pode ser agravada pela Emenda Constitucional 105/2019, que incluiu o art. 166-A na Carta Magna, estabelecendo critérios para as emendas individuais impositivas apresentadas ao projeto de lei orçamentária anual.

56. Dentre as modificações realizadas, cabe destacar a possibilidade de alocação de recursos dessas emendas por transferência especial diretamente a estados, municípios e ao Distrito Federal, sem necessidade de convênio. Assim, a Funasa deixará de receber importante fonte de recursos para formalização de convênios com vistas à realização de obras de saneamento básico.

57. Dessa forma, diante dos apontados da SecexSaúde, acolho a proposta de recomendar à Funasa que:

a) utilize dados epidemiológicos, tais como a incidência e prevalência de doenças relacionadas à insuficiência de saneamento, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária, para fins de celebração de instrumentos de repasse; e

b) considerando que a entidade atende a 88% dos municípios brasileiros, avalie a adoção da estratificação de municípios aplicando-se o critério de concentração populacional, a exemplo do contemplado nesta auditoria, a fim de procurar equilibrar a distribuição de recursos dos instrumentos de repasse entre municípios de menor e maior porte populacional.

III.1.2. Comprometimento do alcance dos objetivos da Funasa devido à elevada quantidade de instrumentos de repasse que ensejam a instauração de TCE ou convênios e termos de compromisso expirados por inexecução e/ou não conclusão de obras

58. A SecexSaúde verificou que a obrigação da Funasa de monitorar e acompanhar a conformidade física e financeira e os resultados dos instrumentos de repasse durante a execução (art. 6º, inciso I, da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016) encontra-se comprometida em razão da elevada quantidade de tomadas de contas especiais (TCEs) e de processos de cobrança administrativa (PCAs) e, também, de TCEs a instaurar.

59. Dos instrumentos de repasse celebrados entre 1988 e 2014 (30.670), foram instaurados 4.704 TCEs, 961 PCAs, havendo 746 TCEs a instaurar. Ademais, considerando que a partir de 2013 ainda não foi instaurada nenhuma TCE e que potencialmente existem várias delas a instaurar relativas a avenças anteriores a 2013, esse quadro pode se agravar ainda mais, a ponto de eventualmente comprometer o atendimento da missão finalística da entidade, de fomentar o saneamento básico.

60. Como se vê, há bastante demora para a instauração e conclusão de TCEs, o que prejudica o próprio processo de cobrança do suposto débito, ainda mais se for levada em conta a recente alteração da jurisprudência do STF a respeito da prescrição da ação de ressarcimento fundada em decisão desta

Corte de Contas (Tema 899) – a extensão e as condições da contagem do prazo prescricional estão sendo discutidas em embargos de declaração.

61. As dificuldades da Funasa para fiscalizar os instrumentos de repasse foram percebidas na pesquisa realizada pela unidade técnica junto aos prefeitos e deputados federais, que apontaram a demora para realização do acompanhamento/avaliação/aferição da execução da obra do convênio (33,4% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais) como um dos principais problemas enfrentados pelo convenente na condução dos instrumentos de repasse celebrados com a entidade.

62. Além disso, os respondentes indicaram a demora na liberação de recursos (48,2% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais) como outro fator prejudicial do regular andamento das avenças, o que naturalmente é impactado pelo problema apontado no item anterior, especialmente nos convênios em andamento, que dependem da avaliação da execução física das parcelas anteriores para liberação das seguintes.

63. A situação afeta também os novos ajustes, já que a resolução de pendências de instrumentos anteriores dificulta a análise de propostas de convênios e projetos de engenharia, no caso de instrumentos com condição resolutiva.

64. A alteração desse quadro exige um esforço não apenas da entidade, mas de todo o governo central, juntamente com a Controladoria-Geral da União, no sentido de estudar formas de racionalizar a fiscalização de instrumentos de repasse e tornar mais célere o procedimento de cobrança administrativa e a fase interna das TCE.

65. A unidade técnica também verificou a edição da Portaria Funasa 4.749, de 31 de maio de 2019, que determinou o cancelamento de empenhos inscritos em restos a pagar e dos respectivos instrumentos de transferência de recursos que se enquadrassem nas situações elencadas (celebrados nos períodos e nas condições designadas, sem desembolso por parte da concedente e sem execução física iniciada).

66. A SecexSaúde apurou a existência de 849 instrumentos enquadrados na portaria supramencionada, totalizado R$ 1.038.466.625,52, dos quais R$ 446.634.904,93 encontravam-se inscritos em restos a pagar. Segundo a unidade técnica, até a data da execução da auditora, a Funasa tinha efetivamente cancelado 101 avenças e R$ 72.340.460,14 em restos a pagar.

67. Com isso, acolho a análise da SecexSaúde e, fazendo alterações de forma na proposta formulada, julgo pertinente:

67.1. recomendar à Funasa que:

a) aprimore a fiscalização dos instrumentos de repasse, a partir de estudos que levem em conta a possibilidade de controle automatizado do cronograma físico e financeiro dos projetos e do uso intensivo da tecnologia da informação na condução dos procedimentos de cobrança administrativa da dívida e de tomada de contas especial, assim como de outras melhorias que possam aumentar a racionalidade de sua atuação institucional; e

b) preste serviços de cooperação técnica e apoio à gestão municipal para melhoria da gestão dos sistemas públicos de saneamento, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização e prestação de contas.

67.2 determinar à entidade que, no prazo de sessenta dias, informe o Tribunal sobre a conclusão do cancelamento dos instrumentos de repasse, consoante o disposto nos arts. 3º e 4º da Portaria Funasa 4.749/2019.

68. Por fim, reputo adequado enviar cópia da presente deliberação, juntamente do relatório e deste voto, à Casa Civil e à Controladoria-Geral da União, a fim de subsidiar eventuais estudos a

respeito de formas de racionalizar a fiscalização de instrumentos de repasse e tornar mais céleres o procedimento de cobrança administrativa e a fase interna das TCE.

III.2. Como a Fundação Nacional de Saúde tem atuado no fluxo de celebração e execução dos instrumentos de repasse com os municípios?

69. A equipe de auditoria avaliou se a Funasa tem capacidade institucional para gerir os instrumentos de repasse de forma eficiente, do ponto de vista orçamentário, financeiro e de pessoas.

III.2.1. Reduzido quadro de técnicos para realizar visitas técnicas, acompanhamento e fiscalização de obras, bem como analisar e aprovar as prestações de contas dos convênios

70. Os auditores da unidade técnica verificaram uma carência de técnicos com formação e perfil adequados para realizar a análise e aprovação das prestações de contas dos instrumentos de repasse de recursos, bem como de técnicos para realizar visitas técnicas de acompanhamento, avaliação e aferição da execução de obras dos convênios e termos de compromisso celebrados pela Funasa.

71. Dos 1.802 servidores nas Superintendências Estaduais (Suest), existem apenas 112 engenheiros e auxiliares de saneamento, os quais compõem o quadro de agentes com competência e capacidade técnica para acompanhar 5.324 instrumentos de repasse atualmente vigentes distribuídos nas unidades federadas. Tal montante equivale a 6,2% da força de trabalho da entidade.

72. Essa situação ocasiona o represamento de visitas para aprovação de etapas de execução de obras e de análise das prestações de contas dos instrumentos de repasse. Ademais, contribui para a demora na conclusão dos objetos contratados ou, mesmo, para a sua não execução integral, seja pela deterioração da parcela parcialmente executada, seja pela eventual defasagem financeira do investimento previsto.

73. Assim, a unidade técnica alvitrou a expedição de recomendação à Funasa a fim de que *"i) realize o perfil profissiográfico para auxiliar a determinar as características desejáveis de seus servidores, suas habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais, a fim de qualificá-los para o desempenho adequado nas atividades finalísticas das Suest; e ii) implemente um plano de capacitação e treinamento dos servidores."*.

74. Embora a proposta trazida pela SecexSaúde se mostre adequada no propósito de aproveitar a força de trabalho disponível, é possível que o estudo a ser realizado revele uma situação de impossibilidade fática de aumentar, por realocação, o quadro de servidores aptos a desempenhar funções técnicas como análises de projeto e vistorias em obras de engenharia.

75. Dessa forma, acolho o encaminhamento da unidade técnica e acrescento recomendação à Funasa para que, numa situação de eventual ausência de autorização para novos concursos públicos, avalie a conveniência e oportunidade de contratar empresas para auxiliar a atividade de fiscalização, supervisão e monitoramento de convênios e instrumentos congêneres, a exemplo do que faz a Caixa Econômica Federal com os contratos de repasse e diversos órgãos da administração pública, como o Dnit em seus contratos administrativos de obras.

III.2.2. Incompatibilidade da alocação e aplicação de recursos orçamentários com a capacidade operacional da Funasa para acompanhar e executar os objetos dos convênios

76. Conforme o art. 9º do Decreto 6.170, de 25 de julho de 2007, no ato da celebração do convênio ou contrato de repasse, o concedente deverá empenhar o valor total a ser transferido no exercício e efetuar, no caso de avenças com vigência plurianual, o registro dos valores programados para cada exercício subsequente em conta contábil específica no Siafi.

77. O parágrafo único do aludido dispositivo dispõe que *"o registro a que se refere o **caput** acarretará a obrigatoriedade de ser consignado crédito nos orçamentos seguintes para garantir a*

execução do convênio". Tais disposições também constam da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016, que estabelece normas para o atendimento do aludido decreto, dentre outras.

78. Partindo desse quadro normativo, a SecexSaúde analisou os dados disponíveis no sistema da Funasa a respeito da execução orçamentária de convênios e instrumentos congêneres. Considerando o período de 2002 a 2019, a carteira de convênios é composta por 24.097 instrumentos. Desse total, 9.604 estão com a situação concluída, que compreende aqueles instrumentos de repasse com o **status**, no sistema, de *"concluída", "concluída com etapa útil e com pendência", "concluída com etapa útil e sem pendência"* e *"concluída sem início de operação"*.

79. Isso implica que apenas 40% dos instrumentos de repasse celebrados tiveram seu objeto atendido no período de abrangência da pesquisa (18 anos). Segundo a unidade técnica, cada um dos instrumentos celebrados demandou, em média, 5,3 anos para ser finalizado.

80. O desempenho é bem pior se forem considerados os convênios e termos de compromisso (PAC) firmados de 2015 a 2019. Do total de R$ 13,1 bilhões de ajustes celebrados, apenas R$ 313,1 milhões ou 2,38% foram registrados como concluídos, sendo que aproximadamente R$ 4,4 bilhões foram consignados como *"a liberar"*.

81. A quantidade de instrumentos e o volume orçamentário a liberar contrastam com o orçamento da Funasa. Tomando como referência a peça orçamentária de 2019 (tabela 5 da instrução da unidade técnica), o valor de investimentos, da ordem de R$ 869,5 milhões, está bem aquém do montante liberado dos convênios e termos de compromisso (PAC) firmados de 2015 a 2019.

82. A SecexSaúde analisou a execução orçamentária nesse mesmo lapso temporal, tendo verificado que o valor inscrito em restos a pagar foi de aproximadamente R$ 2,4 bilhões, em termos nominais, em 2019. Destes, 96% se referem a restos a pagar não processados que vêm sendo rolados desde, pelo menos, 2010. Tomando como referência a média dos anos anteriores, a unidade técnica estimou que seriam acrescentados mais R$ 496 milhões nessa rubrica em 2020, totalizando um valor projetado de R$ 2,9 bilhões de restos a pagar no final do último exercício.

83. De toda sorte, seja considerando o montante recorrentemente inscrito em restos a pagar, seja o valor a liberar de instrumentos de repasse celebrados, é possível concluir que não há respaldo orçamentário e financeiro para executar o estoque de convênios da Funasa, que, dessa forma, assume compromissos perante entes subnacionais sem que haja o devido lastro no orçamento.

84. A ineficácia da entidade no cumprimento de sua missão institucional de promover o saneamento básico pode ser atribuída, portanto, a dois atores, segundo a visão da SecexSaúde: *"a União, pelo seu baixo comprometimento em aportar recursos (financeiros, humanos e de TI) suficientes para o bom desempenho dessa instituição; e a própria Funasa, face a ação leniente de ex-dirigentes em celebrar convênios desconectados da capacidade financeira e operacional da entidade"*.

85. A diminuição anual de aporte de recursos orçamentários, bem como a não provisão dos recursos suficientes pela União para, em tempo razoável, dar continuidade aos convênios já firmados, possivelmente comprometerá ainda mais a capacidade da Funasa de executar convênios com recursos próprios.

86. A unidade técnica também destacou o comprometimento da fidedignidade das informações constantes do Balanço Geral da União (BGU) em razão do possível não reconhecimento ou, ao menos, da não evidenciação de passivo contingente de dívidas relativas a atos potenciais (decorrentes de empenhos parciais de valores a liberar) e restos a pagar processados e não processados.

87. Diante desse quadro, acolho a proposta da unidade técnica de recomendar à Funasa que:

a) ajuste, ao longo do tempo, o portfólio de atuação da entidade à capacidade operacional e aos recursos orçamentários disponíveis;

b) aborde o processo orçamentário não somente para lidar com o problema de alocação de recursos, mas também para servir como instrumento de apoio à decisão, em consonância com o sistema de planejamento estratégico e de gestão de políticas públicas; e

c) reduza ao mínimo possível o montante de "valores pendentes de empenho" e de "restos a pagar inscritos".

III.2.3. Dificuldade para a realização de uma boa gestão financeira, impossibilitando efetuar o repasse de recursos aos convenentes de forma célere e eficiente

88. A SecexSaúde verificou o cumprimento dos critérios e procedimentos para transferência de recursos financeiros das ações de saneamento e de saúde ambiental custeadas pela Funasa estabelecidos na Portaria 5.598, de 12 de setembro de 2018. Tal norma substituiu a Portaria 979/2017 e, dentre outras medidas, estabeleceu prazos para a utilização dos recursos transferidos (180 dias), apresentação de projeto básico e demais documentos (18 meses) e emissão de relatórios e pareceres relativos à prestação de contas, fiscalização e monitoramento da avença.

89. Dentre os dispositivos enunciados, cabe destacar o art. 2º da Portaria Funasa 5.598/2018, segundo o qual a liberação das parcelas [dos instrumentos firmados] ocorrerá em estrita observância ao cronograma de desembolso aprovado após a celebração, o registro no Siga, no Siafi ou no Siconv, conforme o tipo de instrumento de transferência, além das aprovações técnica e administrativa da Funasa.

90. A equipe de auditoria verificou que a Funasa não dispõe de informações tempestivas e de sistemas que permitam o acompanhamento periódico dos diferentes prazos previstos nas diferentes legislações.

91. Em sua visão, a inexistência de tais controles pode ter contribuído para que a Funasa chegasse à situação de possuir uma carteira com mais de 4 mil instrumentos celebrados passíveis de anulação, como se vê na tabela a seguir elaborada por grupo de trabalho da entidade, a qual foi extraída do relatório que antecede este voto:

Tabela 2 - Instrumentos passiveis de anulação

Cenários considerados pelo GT	Quantidade	Valor inscrito em restos a pagar	Valor pendente de empenho
Celebrados em 2017 e 2018, oriundo de emenda coletiva, sem desembolso, sem execução iniciada.	462	172.921.864,87	601.532.734,87
Celebrados em 2017 e 2018, oriundo de recursos de programação, sem desembolso, sem execução iniciada.	1.255	183.653.548,94	670.249.859,84
Celebrados em 2017 e 2018, com municípios de região metropolitana ou RIDE, conforme o ano de celebração, nas Ações Orçamentárias l0GD, lOGE ou l0GG	41	82.884.952,71	20.736.810,44
Celebrados entre 2002 e 2016, vigentes, sem desembolso, sem execução iniciada.	689	430.054.099,75	5.739.990,68
Celebrados entre 2002 e 2016, expirados, sem desembolso, sem execução iniciada.	1.574	39.368.803,52	-
Total	**4.021**	**1.453.280.534,19**	**1.406.019.236,06**

92. Cabe destacar que tal levantamento suscitou a edição da Portaria 4.749/2019, comentada no item 65 **supra**, que deliberou pelo cancelamento de 849 instrumentos de repasse com valores inscritos em restos a pagar considerados precários.

93. Percebe-se que a maior parte dos instrumentos celebrados não teve sequer a sua execução iniciada. Não obstante, eles causam um impacto na gestão orçamentário-financeira da ordem de R$

1,45 bilhão em valores inscritos em restos a pagar e R$ 1,41 bilhão em valores pendentes de empenho. Nessa situação, há convênios celebrados desde 2002, inclusive já expirados.

94. As dificuldades na gestão financeira foram percebidas por deputados federais e prefeitos. Segundo a pesquisa eletrônica realizada, para 50% dos parlamentares respondentes, a liberação das parcelas dos convênios, após cumpridas todas as exigências, demora mais de cinco meses; para 20%, demora até dois meses; e para outros 20%, até três meses. Já para 25% dos prefeitos, a percepção é de que a demora é de mais de cinco meses.

95. Em linhas gerais, a pesquisa revelou que 60% dos deputados federais e 32% dos prefeitos respondentes se dizem "insatisfeitos" ou "muito insatisfeitos" com a liberação de recursos.

96. A SecexSaúde verificou que a complexidade do fluxo (processos) para a liberação de recursos é outra grande dificuldade encontrada para a realização de uma boa gestão financeira dos instrumentos de repasse.

97. Segundo ela, esse procedimento conta com várias atividades e muitas instâncias intervenientes, a saber: *"O processo se inicia na Cgcon (volta mais duas vezes a ela), passa pela Suest que executa várias tarefas e envia o processo novamente a Cgcon para aprovar a liberação da parcela. Daí segue para a presidência da Funasa que aprova a liberação da Cgcon e, por fim, o envia a Cgofi. Nesse percurso, 12 atividades são executadas até que a parcela seja liberada"*.

98. O fluxo específico sobre a realização do pagamento das parcelas também não é nada simples. O processo é composto por doze fases/atividades e passa mais de uma vez por cinco diferentes instâncias que têm que apor sua aprovação para a efetivação do pagamento. Na visão da SecexSaúde, em que pese as cautelas necessárias, há espaço para aprimoramento desses fluxos, que são partes importantes e vitais para o bom andamento dos compromissos pactuados.

99. Após as evidências encontradas e entrevistas realizadas, a equipe de fiscalização concluiu que as principais causas da deficiente gestão financeira dos instrumentos de repasse por parte da Funasa são:

"a) inexistência de controles sistematizados que permitam o acompanhamento e cumprimento efetivo dos diversos prazos previstos na Portaria Funasa 5.598/2018 e legislação correlata;

b) inexistência de banco de dados único atualizado e confiável relacionado à gestão e acompanhamento de instrumentos de repasse;

c) utilização de restos a pagar como estratégia para não perder recursos em virtude da diminuição do limite financeiro para pagamento de despesas, bem como meio de financiamento das atividades desenvolvidas pela Funasa.

d) centralização de decisões na alta administração e desenho organizacional complexo com vários níveis administrativos"

100. Diante do exposto, concordo com a proposta de recomendação entabulada pela unidade técnica para que a Funasa *"faça uma revisão no processo de programação e liberação financeira de recursos aos convenentes de forma a identificar e corrigir suas distorções burocráticas, a fim de permitir o acompanhamento da gestão financeira dos instrumentos de repasse de forma transparente, ágil e confiável"*.

III.2.4. Demora na conclusão dos objetos contratados, exigindo contínuas prorrogações, e acarretando a não conclusão dos convênios

101. As constatações efetuadas no capítulo anterior refletem no tempo demandado para a conclusão dos objetos dos convênios.

102. De modo geral, a unidade técnica verificou que a Funasa não tem cumprido as disposições da Portaria 5.598/2018, em especial as que determinam a devolução dos recursos repassados não utilizados no objeto após o transcurso do prazo de 180 dias da emissão da ordem bancária; a rescisão da avença na hipótese de inexistência de execução financeira, no mesmo prazo; e a vedação ao início de execução de novos instrumentos e à liberação de recursos para o convenente que tiver outros ajustes firmados com a Funasa sem execução financeira por prazo superior a 180 dias (§§ 2º a 4º do art. 2º).

103. O motivo invocado pela entidade, arrimado em parecer de sua procuradoria federal especializada, decorre do que seria uma interpretação teleológica do dispositivo, segundo a qual eventuais questões orçamentárias ou deficiência no planejamento, considerando a realidade dos municípios, não poderiam obstaculizar a concretização do direito à saúde, que seria a finalidade da atuação da Funasa e da celebração dos instrumentos de repasse em discussão.

104. A equipe de auditoria aduziu que a finalidade das normas invocadas não deveria constituir um obstáculo ao cumprimento de suas disposições, até porque elas visam conferir tempestividade à consecução dos objetos pactuados e assegurar que sejam executados e colocados em funcionamento para o benefício da população atingida.

105. A respeito do assunto, concordo com a posição da SecexSaúde. Afinal, de nada adianta transferir recursos aos entes subnacionais sem que sejam adotadas rígidas medidas no sentido de instar os convenentes a cumprirem os prazos e as condições pactuadas nesse instrumento.

106. Permitir que os municípios recebam recursos e com eles permaneçam por tempo indeterminado, sem o cumprimento do compromisso de iniciar o objeto e dar cabo à execução financeira nos termos pactuados, é negar a concretização do direito à saúde da própria localidade, que possivelmente se deparará com uma obra não concluída, pela perda do poder aquisitivo dos valores disponíveis ou pela deterioração das parcelas parcialmente executadas na obra.

107. Por outro lado, considerando o cenário de escassez orçamentária que acomete o país, o qual foi bastante deteriorado com a crise decorrente do novo coronavírus, a manutenção da situação de estocagem de recursos em convênios com problemas de gestão impede que outros entes recebam os valores e promovam, de modo mais eficiente, o acesso à saúde de sua população.

108. Como bem ressaltou a unidade técnica, não se pode olvidar que *"já há determinação desta Corte de Contas para que a Funasa cancele convênios celebrados que se encontre em distintas situações, dentre elas aqueles em que os convenentes não cumpram com exigências transcorrido o prazo para o cumprimento; e para que implemente rotinas para identificação e cancelamento de transferências celebradas há mais de um ano, sem registro de execução física e financeira (Acórdão TCU-Plenário 198/2013, de relatoria do Ministro Walton Alencar Rodrigues)"*.

109. Não se pode negar, contudo, que parte das dificuldades enfrentadas na condução de instrumentos de repasse, especialmente na liberação das parcelas subsequentes, deve ser atribuída à própria Funasa.

110. Nesse particular, a unidade técnica fez uma síntese dos prazos estipulados no art. 32 da Portaria Funasa 5.598/2018 para providências a serem adotadas pela entidade após o recebimento do Relatório de Andamento (RA) por parte do convenente: cinco dias úteis para a análise da conformidade do RA após sua inclusão no Siga pelo convenente; cinco dias úteis para o registro das informações pertinentes constantes do Relatório de Visita Técnica (RVT) pelo técnico da Funasa; cinco dias úteis para a área administrativa analisar e instruir o processo para autorização e liberação de parcela; e três dias úteis para que a Superintendência respectiva registre no Siga a recomendação da parcela, sob pena de avocação do processo pela Cgcon em caso de não cumprimento do prazo estipulado.

111. A unidade técnica verificou que os sistemas existentes possuem mecanismos que permitem acompanhar tempestivamente os prazos supramencionados. Os dados levantados deixam transparecer que todos os prazos são cumpridos e, por isso, não são causadores de demora no cumprimento do objeto celebrado.

112. Todavia, o atendimento das providências elencadas no item 110 **retro** depende da realização de visita técnica por técnico da Funasa, cujo prazo de realização não foi estipulado pela Portaria 5.598/2018. Como bem assinalado pela SecexSaúde, *"tal inexistência acaba por legitimar uma possibilidade de a Funasa cumprir todos os prazos previstos, mas o objeto celebrado demorar muito além do prazo previsto para sua consecução em razão da não tempestividade da Fundação para realizar a visita técnica e o consequente RVT. É, portanto, a visita técnica gargalo importante no atingimento do objeto conveniado"*.

113. Essa percepção é coerente com o achado minudenciado no capítulo III.2.1 deste voto, que verificou um reduzido quadro de técnicos para realizar visitas técnicas, acompanhamento e fiscalização de obras, bem como analisar e aprovar as prestações de contas dos convênios.

114. A equipe de fiscalização levantou o tempo médio em dias, por unidade da federação, transcorrido nas fases de celebração e aprovação do projeto básico, entre a aprovação e a data do início da obra, entre a emissão do RVT (relatório de visita técnica) e o pagamento de parcelas e entre a liberação da parcela e o RA subsequente.

115. As informações constam da tabela 23 do relatório que antecede este voto, cabendo registrar que *"o tempo médio entre a celebração do instrumento de repasse e aprovação do projeto é de 566 dias; (...) entre a aprovação do instrumento de repasse e a data de início de obra é de 636 dias; (...) entre a emissão do RVT e pagamento de parcelas é de 90 dias; (...) entre a liberação da Parcela e RA subsequente é de 405 dias"*.

116. Há de se destacar a possibilidade de apresentação do projeto básico após a celebração do instrumento, que, assim, estará sujeito ao cumprimento dessa condição resolutiva dentro do prazo máximo de 18 meses, estabelecido no art. 21 da Portaria Interministerial MP/MF/CGU 424/2016 e também no art. 4º, § 2º, da Portaria Funasa 5.598/2018 (supramencionada).

117. Em verdade, a unidade técnica verificou a ocorrência de prazos diferenciados em outras normas, bem como a própria prorrogação de avenças em situações de descumprimento dessas condições, como a Portaria Interministerial ME/CGU 261/2019, por exemplo, que permitiu a prorrogação de convênios e contratos de repasse celebrados no ano de 2017.

118. Como bem afirmou a unidade técnica, *"a própria legislação pode ser considerada fonte concreta de obstáculo ao atingimento dos objetos pactuados. Isso decorre da previsão de prazos longos e sempre aumentados para que o convenente possa cumprir com as obrigações contratadas"*.

119. Situações como essa corroboram o afirmado no item 106 **supra**, no sentido de que o excesso de permissividade da Funasa, no tocante ao atendimento das regras, acaba por ter o efeito contrário ao pretendido, já que colabora para o estado geral de ineficácia e inefetividade da política pública em exame. Afinal, se não há consequências para a incompetência nem incentivos para o comportamento oposto, por que este último seria adotado?

120. Como seria esperado, os problemas relatados fazem parte da percepção dos respondentes da pesquisa realizada. Segundo eles, *"as maiores dificuldades enfrentadas pelos municípios para celebrar convênios com a Funasa, dizem respeito à inconformidade de o município em atender às exigências da Funasa (na opinião de 51,4% dos prefeitos e 50% dos Deputados Federais), à falta de divulgação, por parte da Funasa dos chamamentos públicos (41,8% dos prefeitos e 40% dos Deputados Federais) e à falta de capacidade técnica do município para elaborar o projeto básico (25,7% dos prefeitos e 70% dos Deputados Federais)"*.

121. Conforme já destacado em diversas partes deste voto, a demora para a conclusão do objeto também decorre, sob o ponto de vista da atuação da Funasa, da intempestividade das fiscalizações de obras e da análise das prestações de contas.

122. Na visão da SecexSaúde, esses problemas vêm se agravando e isso é perceptível pelo acúmulo de instrumentos celebrados e sem execução e pela quase impossibilidade de se celebrarem novos convênios em virtude da dificuldade política de se cancelarem convênios sem execução e pela limitação de recursos orçamentários.

123. Pelo exposto, concordo com a proposta da unidade técnica de recomendar à Funasa que:

a) realize estudos para verificar a possibilidade de simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de repasse a fim de que elas possam imprimir eficiência na consecução dos objetos pactuados; e

b) desenvolva estudos para verificar a possibilidade de realizar parcerias para apoiar as prefeituras na elaboração dos projetos básicos, necessários para viabilizar o repasse de recursos de convênios para a implementação dos serviços de saneamento básico.

III.3. Como os sistemas informatizados da Fundação Nacional de Saúde têm funcionado para realizar a gestão e o acompanhamento dos instrumentos de repasse celebrados?

124. A SecexSaúde buscou avaliar o sistema de gerenciamento de informações e de conhecimento, operacionalizado pela Funasa para apoiar suas atividades fins na gestão dos instrumentos de repasse.

III.3.1. Ausência de medição de resultados dos convênios celebrados pela Funasa para subsidiar o processo de tomada de decisão de estratégias de melhoria das ações empreendidas pela entidade

125. A Funasa foi indagada a respeito da elaboração, acompanhamento e avaliação dos Planos Anuais de Trabalho, bem como de planos, programas e projetos que visem à melhoria da gestão, do desempenho e dos resultados institucionais, conforme previsto no Decreto 8.867/2016 (Anexo I, Capítulo IV, Seção I, art. 7º).

126. A entidade informou que já consta determinação desta Corte de Contas no sentido de que ela apresentasse um Plano de Ação para a definição dos elementos faltantes de seu Planejamento Estratégico, quais sejam, os indicadores e as iniciativas estratégicas (Acórdão 2.781/2018-Plenário, da relatoria do Ministro Augusto Nardes).

127. Esclareceu que, ao final de 2018, foram obtidos insumos para a construção de 83 indicadores relacionados aos diversos processos e atividades desenvolvidos na instituição, sendo analisados e classificados em indicadores de desempenho e de resultado e, também, de acordo com a sua disponibilidade, relevância e domínio da instituição. E que desses indicadores, foram homologados treze.

128. Segundo a SecexSaúde, o TCU avaliou, em relatório de monitoramento específico, que os treze indicadores homologados são apenas de processos e produtos. Em outras palavras, a unidade ainda não implementou indicadores de resultados e de impactos.

129. Assim, concluiu que as medidas até então adotadas pela Funasa ainda não foram capazes de sanear a constatação a que se chegou à época da auditoria, que verificou a ausência de elementos faltantes no plano estratégico da unidade.

130. A unidade técnica também avaliou sob o ponto de vista qualitativo as metas estabelecidas pela Funasa em 2019. A equipe observou que as estabelecidas para as superintendências estaduais contemplam apenas o acompanhamento da execução dos empreendimentos financiados com recursos da Funasa, sendo que as metas da Funasa-Sede abrangem tão somente a elaboração de documentos técnicos de orientação e pesquisa e de manuais.

131. Na percepção da SecexSaúde, *"as metas de desempenho institucional estabelecem apenas objetivos quantitativos e temporais, relativos a processos e atividades, para acompanhar a execução dos empreendimentos financiados com recursos de convênios celebrados com a Funasa e para quantificar a elaboração de documentos técnicos de orientação e pesquisa. As metas globais de desempenho institucional estabelecidas para 2019/2020 pela Funasa impossibilitam definir indicadores de resultados e de impactos"*.

132. Dito de outra forma, não há metas relacionadas à elaboração de diagnóstico das necessidades de saneamento dos municípios ou à realização de ações corretivas a partir da identificação de causas que impedem a conclusão de obras de saneamento ou que motivam a instauração de TCEs. Essa abordagem permitiria aferir os resultados alcançados com a conclusão e entrega das obras em tempo satisfatório e os impactos para a população beneficiária.

133. Segundo a unidade técnica:

> *"218. O fato de não ser possível avaliar o impacto das ações da Funasa é causa e consequência da pouca utilização de critérios para as ações fomentadas. Esse fato não se deve apenas por falta de interesse por parte da instituição ou pelo ente federado, mas também pela indisponibilidade de informações atualizadas dos sistemas de informações públicos (Relatório de Gestão da Funasa 2018, p. 72)."*

134. Com isso, acolho a proposta da SecexSaúde de recomendar à Funasa que elabore as metas de desempenho institucional alinhadas com os seus objetivos estratégicos e focadas na mensuração da qualidade dos produtos e serviços entregues à sociedade no cumprimento de sua missão institucional, especialmente a melhoria do quadro epidemiológico das doenças intimamente relacionadas à carência de saneamento ambiental.

135. A unidade técnica também verificou um **deficit** de comunicação da entidade a respeito dos chamamentos públicos para a celebração de instrumentos de repasse. Segundo a entrevista realizada junto a prefeitos, 40% desconheciam a possibilidade de celebração de convênios diretamente com a entidade por meio de chamamento público.

136. Apesar de o achado não estar diretamente associado à presente questão de auditoria, entendo que o uso de chamamentos públicos com critérios de seleção que abranjam os dados epidemiológicos e a concentração populacional, conforme exposto no capítulo III.1.1 deste voto, pode contribuir para que a Funasa atinja de modo mais eficiente e eficaz as localidades com maior carência de saneamento básico.

137. Tal estratégia pode aumentar o alcance e o impacto da Funasa na melhoria das condições de vida das comunidades com menor índice de cobertura dessa política pública e/ou com maior incidência de agravos relacionados a esse problema. As metas de desempenho preconizadas no item 134 **supra** serviriam para testar a adequação dos critérios de elegibilidade adotados nos processos de seleção de projetos.

138. Assim, julgo pertinente recomendar à Funasa que realize estudos visando a aumentar a transparência e a efetividade do uso de chamamentos públicos, de modo a possibilitar a celebração de instrumentos de repasse com localidades com piores dados epidemiológicos e incidência de agravos, seguindo os critérios de elegibilidade estabelecidos no art. 19, inciso I, e 48, incisos IV e IX, da Lei 11.445/2007.

III.3.2. Ausência de rotinas adequadas e eficientes para atualizar, gerenciar, monitorar e controlar a execução de obras objeto dos convênios, por parte dos sistemas informatizados da Funasa

139. A SecexSaúde avaliou o Sistema Integrado de Ações da Funasa (Siga), que foi construído a partir da unificação de outros sistemas utilizados anteriormente pela instituição.

140. A unidade técnica encontrou problemas relacionados ao processo de migração das tecnologias de 2002 a 2014, além da falta de padronização nas regras de validação de dados nos sistemas.

141. Ademais, ressaltou a ocorrência de falhas na alimentação do Siga, as quais foram reconhecidas pela própria Funasa ao pontuar a dificuldade em conscientizar técnicos quanto à necessidade de se padronizarem e incluírem tempestivamente as informações no sistema, quando da realização de visitas de acompanhamento de obras.

142. Tal situação gera inconsistências no estágio de execução das obras, tais como obras paralisadas com instrumentos vigentes e adimplentes junto ao Siafi e transferências com registros de vigência vencidos antes da conclusão dos objetos pactuados.

143. Também foi relatada a dificuldade em agrupar e tratar todo o passivo de informações já inseridas no Siga e em promover as melhorias necessárias de forma a garantir a inserção dos dados essenciais à mensuração de indicadores e a avaliação da atuação da Funasa (Relatório de Gestão da Funasa 2018, p. 63 e 110).

144. A fiscalização constatou que o quantitativo de instrumentos celebrados também não reflete a realidade. A equipe de auditoria não conseguiu, por consulta aos sistemas Siga e BI Funasa, coletar informações confiáveis e consistentes a respeito de itens de dados básicos, tais como quantitativo de convênios celebrados pela Funasa, situação (aprovado, cancelado, em andamento, concluído, etc.), data de celebração e término e valor de empenho dos convênios.

145. Do exame da carteira de instrumentos de repasse encaminhada pela Funasa em tabela **excel**, a equipe de auditoria considerou consistente apenas o quantitativo de convênios e termos de compromisso celebrados a partir de 2002. As demais informações, tais como "Data final de vigência", "**Status**/Situação/Fase do Instrumento", "Valor do Convênio", "Valor empenhado", "Valor liberado" e "Valor a liberar", apresentaram várias inconsistências, o que motivou a não utilização dos dados na conclusão deste trabalho.

146. Quanto ao uso dos sistemas da entidade pelos entes interessados em formalizar instrumentos de repasse, um problema comum e recorrente diz respeito à duplicidade de atividades. Ou seja, os proponentes/convenentes necessitam realizar o registro de documentos em duplicidade nos sistemas Siga e Siconv nos procedimentos de celebração, execução e prestação de contas dos instrumentos de repasse.

147. A Funasa justificou que utiliza o sistema próprio Siga desde 2002, para as atividades de análise técnica e celebração de convênios, acompanhamento das obras, ao passo que a Plataforma +Brasil (Siconv) começou a ser utilizada em 2009. Cabe destacar que este sistema atualmente ainda não possui todas as funcionalidades e procedimentos implementados.

148. A entidade informou que celebrou o Termo de Execução Descentralizada 1/2019 junto ao Ministério da Economia para a implementação dos procedimentos necessários à integração dos dois sistemas. Conforme documentação fornecida pela entidade, o objetivo é o desenvolvimento de módulo específico na Plataforma +Brasil (Siconv) para operacionalização de transferências obrigatórias, notadamente relacionadas ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), mediante Termos de Compromisso, cuja operacionalização vem sendo feita exclusivamente por meio do Sistema Siga.

149. Dessa forma, segundo a Funasa, todos os instrumentos de repasse utilizados pela instituição (convênios, termos de execução descentralizada e termos de compromisso) para transferência de recursos poderão ser operacionalizados por intermédio do Siconv.

150. A equipe de auditoria verificou que os proponentes apresentam **deficit** de conhecimento dos sistemas de gestão de convênio (Siconv/Siga). Tal situação se refletiu nas respostas das entrevistas

realizadas junto aos prefeitos, que destacaram, dentre outros, o retrabalho dos convenentes, que precisam realizar o registro dos documentos no Siga e no Siconv.

151. Assim, reputo correta a proposta de recomendar à Funasa que:

a) adote o Siconv (Plataforma +Brasil) como o único sistema a ser utilizado pelos municípios que recebem recursos por meio de instrumentos de repasse celebrados com a entidade;

b) reavalie a necessidade de realizar melhorias no sistema Siga para processos informatizados que já estejam contemplados no sistema Siconv, tendo em vista que quaisquer atualizações tecnológicas implementadas nesse último sistema refletirão em ajustes no primeiro, gerando investimentos desnecessários;

c) identifique as necessidades de capacitação e promova o treinamento dos entes convenentes, seja por meio de tutorial, curso à distância ou curso presencial; e

d) corrija as inconsistências e erros dos dados de convênios e termos de compromisso e realize as adequações necessárias nos sistemas informatizados da Funasa, de forma a possibilitar a extração de dados e geração de relatórios gerenciais consolidados confiáveis e úteis a partir do sistema BI Funasa.

IV - Conclusão

152. A partir das constatações da equipe de fiscalização, é possível afirmar que os instrumentos de repasse celebrados pela Funasa não têm sido capazes de cumprir com a finalidade pactuada em decorrência da inexistência, dentre outras coisas, de capacidade operacional (recursos humanos e de tecnologia da informação); de recursos orçamentários e financeiros suficientes; de sistema eficiente para a gestão dos convênios celebrados; e do próprio modelo de atuação centrado apenas na alocação de recursos, atribuindo-se ao convenente, basicamente, a maior parte do risco da execução do empreendimento, a despeito da capacidade técnica do município beneficiário.

153. Nesse contexto, as recomendações trazidas pela SecexSaúde vão ao encontro da necessidade de aperfeiçoar o modo de atuação da Funasa na gestão de convênios e instrumentos congêneres, a fim de possibilitar o cumprimento de sua missão institucional, de levar saneamento básico aos municípios com população inferior a 50 mil habitantes e com maior risco epidemiológico.

154. Por fim, gostaria de enaltecer o trabalho realizado pela SecexSaúde, nas pessoas dos auditores Hiroyuki Miki e Diones Gomes da Rocha, do Diretor Rodrigo Schafhauser e do Secretário Marcelo Chaves Aragão.

155. Estando os autos em meu gabinete, informo que deram entrada informações prestadas pelo Presidente da Funasa, relacionadas ao cancelamento de instrumentos por parte dessa Presidência em cumprimento à Portaria 4.749/2019. Os dados informados apenas retificam números anteriores apresentados, devendo ser objeto de avaliação da unidade técnica, quando do monitoramento da recomendação consignada no capítulo III.1.2.

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

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 20 de janeiro de 2021.

BENJAMIN ZYMLER
Relator

ACÓRDÃO Nº 59/2021 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 012.552/2019-4.
2. Grupo I – Classe de Assunto V – Relatório de Auditoria Operacional
3. Interessados/Responsáveis: não há.
4. Entidade: Fundação Nacional de Saúde.
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).
8. Representação legal: não há

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório de auditoria na modalidade operacional com o objetivo de avaliar a gestão dos convênios celebrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em cumprimento ao Acórdão 2.810/2016-Plenário,

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

9.1.determinar à Funasa que:

9.1.1.informe o Tribunal, no prazo de 60 dias, sobre a conclusão do cancelamento dos instrumentos de repasse, consoante o disposto nos arts. 3º e 4º da Portaria Funasa 4.749/2019;

9.1.2. elabore e apresente a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação (conforme modelo do Anexo C) contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo para implementação das recomendações expressas no item subsequente, ou, se for o caso, a justificativa para a sua não implementação;

9.2. recomendar à Funasa que:

9.2.1.quando da celebração de instrumentos de repasse, utilize dados epidemiológicos, tais como a incidência e prevalência de doenças relacionadas à insuficiência de saneamento, a fim de possibilitar o diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida da população beneficiária;

9.2.2. quando da celebração de instrumentos de repasse, avalie a adoção da estratificação de municípios, aplicando o critério de concentração populacional, a exemplo do adotado nesta auditoria, a fim de procurar equilibrar a distribuição de recursos dos instrumentos de repasse entre municípios de menor e maior porte populacional;

9.2.3.aprimore a fiscalização dos instrumentos de repasse, a partir de estudos que levem em conta a possibilidade de controle automatizado do cronograma físico e financeiro dos projetos e do uso intensivo da tecnologia da informação na condução dos procedimentos de cobrança administrativa da dívida e de tomada de contas especial, assim como de outras melhorias que possam aumentar a racionalidade de sua atuação institucional;

9.2.4.preste serviços de cooperação técnica e apoio à gestão municipal para melhoria da gestão dos sistemas públicos de saneamento, incluindo atividades de planejamento, elaboração de projetos, contratação, fiscalização e prestação de contas;

9.2.5. realize o perfil profissiográfico para auxiliar a determinar as características desejáveis de seus servidores, suas habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais, a fim de qualificá-los para o desempenho adequado das atividades finalísticas das Suest;

9.2.6. implemente um plano de capacitação e treinamento dos servidores, a partir das informações levantadas no item anterior;

9.2.7. numa situação de eventual ausência de autorização para novos concursos públicos, avalie a conveniência e oportunidade de contratar empresas para auxiliar a atividade de fiscalização,

supervisão e monitoramento de convênios e instrumentos congêneres, a exemplo do que faz a Caixa Econômica Federal com os contratos de repasse e diversos órgãos da administração pública, como o Dnit em seus contratos administrativos de obras;

9.2.8.ajuste, ao longo do tempo, o portfólio de atuação da entidade, no que se refere à celebração de convênios e instrumentos congêneres, à capacidade operacional e aos recursos orçamentários disponíveis;

9.2.9.aborde o processo orçamentário não somente para lidar com o problema de alocação de recursos, mas também para servir como instrumento de apoio à decisão, em consonância com o sistema de planejamento estratégico e de gestão de políticas públicas;

9.2.10. reduza ao mínimo possível o montante de "valores pendentes de empenho" e de "restos a pagar inscritos";

9.2.11. faça uma revisão no processo de programação e liberação financeira de recursos aos convenentes de modo a identificar e corrigir suas distorções burocráticas e permitir o acompanhamento da gestão financeira dos instrumentos de repasse de forma transparente, ágil e confiável;

9.2.12. realize estudos para verificar a possibilidade de simplificação de processos e de normas concernentes à celebração e execução dos instrumentos de repasse, a fim de que elas possam imprimir eficiência na consecução dos objetos pactuados;

9.2.13. desenvolva estudos para verificar a possibilidade de realizar parcerias para apoiar as prefeituras na elaboração dos projetos básicos, necessários para viabilizar o repasse de recursos de convênios para a implementação dos serviços de saneamento básico;

9.2.14. elabore as metas de desempenho institucional alinhadas com os seus objetivos estratégicos e focadas na mensuração da qualidade dos produtos e serviços entregues à sociedade no cumprimento de sua missão institucional, especialmente a melhoria do quadro epidemiológico das doenças intimamente relacionadas à carência de saneamento ambiental;

9.2.15. realize estudos visando aumentar a transparência e a efetividade do uso de chamamentos públicos, de modo a possibilitar a celebração de instrumentos de repasse com localidades com piores dados epidemiológicos e incidência de agravos, seguindo os critérios de elegibilidade estabelecidos no art. 19, inciso I, e 48, incisos IV e IX, da Lei 11.445/2007;

9.2.16. adote o Siconv (Plataforma +Brasil) como o único sistema a ser utilizado pelos municípios que recebem recursos por meio de instrumentos de repasse celebrados com a entidade;

9.2.17. reavalie a necessidade de realizar melhorias no sistema Siga para processos informatizados que já estejam contemplados no sistema Siconv, tendo em vista que quaisquer atualizações tecnológicas implementadas nesse último sistema refletirão em ajustes no primeiro, gerando investimentos desnecessários;

9.2.18. identifique as necessidades de capacitação e promova o treinamento dos entes convenentes, seja por meio de tutorial, curso à distância ou curso presencial; e

9.2.19. corrija as inconsistências e erros dos dados de convênios e termos de compromisso e realize as adequações necessárias nos sistemas informatizados da Funasa, de forma a possibilitar a extração de dados e geração de relatórios gerenciais consolidados confiáveis e úteis a partir do sistema BI Funasa;

9.3.enviar cópia da presente deliberação, juntamente do relatório e do voto, à Casa Civil e à Controladoria-Geral da União, a fim de subsidiar eventuais estudos a respeito de formas de racionalizar a fiscalização de instrumentos de repasse e tornar mais céleres o procedimento de cobrança administrativa e a fase interna das TCE;

9.4.dar ciência desta decisão à Funasa, encaminhando cópia do relatório e do voto que a subsidiam; e

9.5. nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido da necessidade de se monitorar as recomendações e determinações ora expedidas.

10. Ata n° 1/2021 – Plenário.
11. Data da Sessão: 20/1/2021 – Telepresencial.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0059-01/21-P.
13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Ana Arraes (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler (Relator), Augusto Nardes, Aroldo Cedraz, Raimundo Carreiro, Bruno Dantas e Jorge Oliveira.
13.2. Ministro-Substituto convocado: Marcos Bemquerer Costa.
13.3. Ministro-Substituto presente: André Luís de Carvalho.

(Assinado Eletronicamente)
ANA ARRAES
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

TRABALHOS RELEVANTES DA SECEXSAÚDE EM ANDAMENTO OU PREVISTOS

RELAÇÃO DE TRABALHOS RELEVANTES EM ANDAMENTO OU A SEREM REALIZADOS PELA SECEXSAÚDE

Trabalhos em andamento

Auditoria Operacional no Programa Nacional de Imunizações - Meta ODS 3b

TC 040.655/2021-0 – Ministro Relator Vital do Rêgo

O objetivo geral da auditoria foi examinar como se organizam e se coordenam as intervenções públicas para garantir a cobertura vacinal (CV) recomendada da população e para apoiar as atividades do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O TCU realizou, entre outubro de 2021 e abril de 2022, auditoria operacional para examinar como se organizam e se coordenam as intervenções públicas para garantir a cobertura vacinal (CV) recomendada da população e para apoiar as atividades do PNI. A auditoria integrou esforço coordenado pela Organização Latino-Americana e do Caribe de Instituições Superiores de Controle (Olacefs), no contexto do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, do qual participaram 17 instituições nacionais e subnacionais.

Aplicou-se um modelo de análise de maturidade de governança de políticas públicas e realizaram-se análises quantitativas e qualitativas de dados, de 2018 a 2021, em alguns casos retroagindo a 2015, junto com pesquisa eletrônica respondida por todos os estados e 1.627 municípios. O foco da auditoria recaiu sobre cinco vacinas principais aplicadas em crianças menores de um ano e de um ano de idade.

O volume de recursos fiscalizados foi de R$ 4,1 bilhões. O processo encontra-se aguardando pronunciamento do gabinete do Ministro-Relator.

Relatório de Monitoramento Farmácia Popular

TC 002.450/2022-4 - Relator: Ministro Vital do Rêgo

A auditoria teve por objetivo monitorar as determinações contidas no Acórdão 2074/2015-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Vital do Rêgo (TC 044.358/2012-1) e também atender à Solicitação do Congresso Nacional (TC 045.663/2021-1), a fim de apurar a implementação das sugestões feitas pelos órgãos de controle para minorar o risco de fraudes e desvios de recursos públicos no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Foram monitoradas as seguintes determinações:

> 9.2. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento nos princípios constitucionais da eficiência e da publicidade, constante do art. 37 da Constituição Federal, e no art. 43, inciso I da Lei 8.443/1992, que, no prazo de 180 dias:
>
> 9.2.1. defina claramente a forma de cálculo dos valores de referência para dos medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil para o pagamento às farmácias e drogarias credenciadas, fazendo os ajustes necessários na sistemática ora adotada de modo a evitar que os preços sejam definidos em patamares superiores aos efetivamente praticados no mercado e, assim, assegurar o bom uso dos recursos públicos;
>
> 9.2.2. desenvolva estudos adicionais para:
>
> 9.2.2.1. avaliar o custo e a efetividade do Programa Farmácia Popular do Brasil na modalidade

Aqui Tem Farmácia Popular, tendo em vista a maior onerosidade dessa vertente do Programa, quando comparada à modalidade "rede própria", em que os medicamentos são entregues por meio de parcerias com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos;

9.2.2.2. verificar a necessidade de ajustes complementares em suas regras de funcionamento, primordialmente na vertente do Sistema de Copagamento, a partir da reflexão acerca de seu público alvo, critérios para concessão do benefício e objetivos do respectivo programa de governo, em contraponto à limitação de recursos disponíveis e à razoabilidade da prestação concedida;

Na execução do trabalho, foram desenvolvidas análises qualitativas a partir de documentos e registros administrativos, entre os quais, o Relatório de Auditoria do Denasus - de março/2022, bem como levantamento de dados dos Sistemas Gestor e Business Intelligence do Programa Farmácia Popular, além de entrevista com gestores responsáveis, abrangendo o período de 2016 a 2021. Atualmente o processo encontra-se aguardando comentários do gestor a respeito das conclusões preliminares do trabalho.

Acompanhamento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

TC 034.653/2018-0 – Relator Ministro Benjamin Zymler

O objetivo da fiscalização foi acompanhar as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) firmadas no âmbito do Ministério da Saúde, conferindo especial atenção ao cumprimento das determinações proferidas no Acórdão 1730/2017-TCU-Plenário (TC 011.547/2014-6) e ao efetivo saneamento das falhas então apontadas, bem como atender à Solicitação do Congresso Nacional (SCN), objeto do TC 042.669/2021-9, para fiscalizar as parcerias firmadas em 2017.

O TCU realizou, em 2014, auditoria para avaliar a regularidade das PDP firmadas pelo Ministério da Saúde e encontrou os seguintes problemas: ausência de processo seletivo para escolha dos parceiros privados no âmbito das PDP (itens 9.1.2 e 9.1.3 do Acórdão 1730/2017-Plenário); e inexistência de controle, por parte do Ministério da Saúde, sobre as cláusulas dos contratos firmados entre laboratórios públicos e parceiros privados (item 9.2.2 do Acórdão 1730/2017-Plenário).

As PDP consistem na cooperação entre instituições públicas (IP) e entidades privadas (EP) para o desenvolvimento, a transferência e a absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do país, resultando em uma ferramenta voltada à consolidação da produção nacional de tecnologias estratégicas para atendimento às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, as PDP se constituem em um dos instrumentos da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (Pnits), instituída pelo Decreto 9.245, de 20/12/2017, que regulamenta o uso do poder de compra do Estado em contratações e aquisições que envolvam produtos e serviços estratégicos para SUS no âmbito do Complexo Industrial da Saúde (CIS).

Atualmente, há 88 PDP vigentes, sendo que três tratam de Produtos para Saúde e 85 referem-se a medicamentos (sintéticos, biotecnológicos, vacinas e hemoderivados). No âmbito da política de PDP, o Ministério da Saúde vem promovendo, desde 2011, aquisições de produtos para a saúde, medicamentos, vacinas e hemoderivados, sendo que o montante despendido, até 15/6/2022, alcançou R$ 26.413.257.021,41.

O processo encontra-se no aguardando pronunciamento no gabinete do Ministro-Relator.

Monitoramento - 2º Ciclo - Incorporação das metas e objetivos do Plano Nacional de Saneamento Básico e da Agenda 2030 pela Funasa

TC 006.652/2019-0 – Ministro Relator Augusto Nardes

A fiscalização tem por objetivo avaliar a implementação e efetividade das medidas propostas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) no plano de ação apresentado em cumprimento ao Acórdão 2.781/2018-TCU-Plenário (da relatoria do Ministro Augusto Nardes, consoante autorizado no item 9.4 do Acórdão 2.098/2020-TCU-Plenário.

O Acórdão 2.781/2018-TCU-Plenário foi proferido no TC 010.658/2018-1, que tratou de auditoria operacional realizada para verificar se a estratégia que vinha sendo adotada pela Funasa estava incorporando as metas e os objetivos do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) e da Agenda 30 (conjunto de programas, ações e diretrizes que orientarão os trabalhos das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável), de modo a garantir, com razoável segurança, o cumprimento das metas de saneamento dos municípios na área de atuação da referida fundação.

Conclusão prevista para janeiro/2023

Levantamento sobre Organizações Sociais na Saúde

TC 022.652/2022-2 – Relator: Ministro Vital do Rêgo

O levantamento tem como objetivo fornecer informações detalhadas e sistematizadas a respeito da terceirização da saúde mediante organizações sociais e entidades congêneres, de modo a permitir identificar e compreender o ambiente e os seus problemas recorrentes, bem como fornecer subsídios para o posicionamento quanto à viabilidade de realização de uma auditoria a respeito do tema.

A fiscalização teve origem em comunicação realizada no Plenário do TCU pelo Ministro Benjamin Zymler no seguinte sentido: "Desse modo, o que gostaria de propor a este Colegiado é que seja solicitada à Secretaria-Geral de Controle Externo a realização de uma ampla auditoria no tema da terceirização da saúde mediante organizações sociais e entidades congêneres, em âmbito nacional, como forma de avaliar os aspectos de legalidade, legitimidade e economicidade dessas contratações" (Sessão de 15/9/2021).

Conclusão prevista para abril/2023

Acompanhamento sobre ações estruturantes de assistência especializada em saúde no Ministério da Saúde

TC 042.466/2021-0 – Relator: Ministro Vital do Rêgo

Acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde (MS) sobre o monitoramento e a avaliação do desempenho da atenção especializada, com ênfase em unidades hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse segundo ciclo, o acompanhamento tem como objetivo assegurar que o processo de revisão normativa da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP); a elaboração de um sistema baseado em grupo de diagnósticos relacionados (DRG); e a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA) sigam as melhores práticas, sejam baseadas em evidências e tenham efeitos positivos concretos aos usuários do SUS.

O primeiro ciclo foi deliberado por meio do Acórdão 2428/2021-TCU-Plenário, Ministro Relator Benjamin Zymler, em que foram feitas recomendações à Secretaria de Atenção Especializada e à Secretaria Executiva.

Conclusão prevista para maio/2023

Trabalhos a serem realizados

Monitoramento das deficiências do modelo de pactuação interfederativa que prejudicam a regionalização e a hierarquização da rede de serviços do SUS

Acórdão 2.888/2015–TCU–Plenário, da relatoria do Ministro Augusto Nardes (TC 027.767/2014-0)

Quanto ao problema, o Acórdão 2.888/2015–TCU–Plenário, da relatoria do Ministro Augusto Nardes, identificou à época a ausência de consistência no apoio federal à regionalização, haja vista a instabilidade em relação ao apoio financeiro e orientações técnicas. Também foi visto que mais de 90% das Regiões de Saúde do país não haviam assinado o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), instituído pelo Decreto 7.508/2011.

O COAP era um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

O objeto do COAP era a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, o que deveria resultar na integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Ademais, havia previsão de o COAP estabelecer responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que seriam disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Ocorre que, apenas nos estados do Ceará e Mato Grosso do Sul, o COAP foi iniciado, com poucos resultados concretos.

Em virtude do não avanço do acordo de colaboração na forma do COAP, foram firmadas na CIT mudanças na forma de pactuação interfederativa, normatizadas pelas Resoluções CIT 23/2017, 37/2018 e 44/2019.

De forma a monitorar as deliberações do Acórdão 2.888/2015–TCU–Plenário e compreender a nova sistemática de pactuações, planeja-se realizar fiscalização do tipo Relatório de Monitoramento. A Secretaria de Controle da Saúde, com o apoio de algumas das Secretarias do TCU nos Estados, iniciou um levantamento de informações acerca do tema. Todavia, em razão da pandemia de Covid-19, houve a interrupção do trabalho.

Monitoramento referente ao Sistema Nacional de Auditoria

Acórdão 1.246/2017-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Bruno Dantas (TC 024.043/2016-8)

No âmbito da fiscalização realizada, foram observadas limitações no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), atual Auditoria-Geral do SUS, como: quadro de pessoal insuficiente para cumprimento de suas atribuições; processos de trabalho e sistema ineficientes; e limitações no acesso a dados do Ministério da Saúde, estrutura organizacional inadequada do Denasus, uma vez que não se vinculava diretamente à autoridade máxima do órgão.

Planeja-se a realização de fiscalização do tipo Relatório de Monitoramento com o intuito de verificar o cumprimento das deliberações proferidas no acórdão. Apesar de esse monitoramento não ter sido efetivado, já se identificaram melhorias em decorrência da atuação desta Corte. Como exemplo disso, desde a publicação do Decreto 9795/2019, de 17/5/2019, o Denasus passou a se vincular diretamente ao Ministro de Estado da Saúde.

Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo.

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável.

www.tcu.gov.br

TCU TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO