

VOTO

Com este oitavo ciclo de acompanhamento da estrutura de governança adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para o combate à crise gerada pela covid-19, chega-se ao encerramento do atual Racom Covid-19.

2. O Brasil e o mundo enfrentaram nesses anos de pandemia um desafio indescritível, que só foi possível ultrapassar com a reunião mundial de esforços. A corrida contra o tempo foi longa, sob o peso de um sofrimento coletivo insuportável.

3. Em sua missão constitucional, o Tribunal de Contas da União buscou, nessa luta, contribuir com a melhoria da prestação dos serviços de saúde realizados pelas instituições.

4. Em retrospecto, o primeiro ciclo de acompanhamento (TC 014.575/2020-5) avaliou os aspectos orçamentários e financeiros, consolidados até o fim do mês de abril de 2020, bem como as informações pertinentes às transferências de recursos para estados e municípios, às contratações analisadas e à estrutura de governança do Ministério, identificada até aquele momento (Acórdão 1.335/2020-Plenário).

5. O segundo (TC 014.575/2020-5) avaliou a estrutura de governança criada pelo Ministério da Saúde para combater a crise causada pelo coronavírus, apresentou a evolução da execução orçamentária e financeira até junho/2020, os critérios para a transferência de recursos, insumos e equipamentos aos entes subnacionais e verificou a estratégia de comunicação do ministério acerca das ações referentes ao combate da pandemia (Acórdão 1.888/2020-Plenário).

6. O terceiro (TC 014.575/2020-5) avaliou o atendimento dos critérios para transferências de recursos aos entes federados, os gastos desses decorrentes dos aludidos valores, a Encomenda Tecnológica para a produção no Brasil da vacina da Covid-19, firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com o Laboratório AstraZeneca, o papel do Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Imunizações e a estratégia de testagem de casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus (Acórdão 2.817/2020-Plenário).

7. O quarto (TC 014.575/2020-5) avaliou os aspectos orçamentários e financeiros consolidados até o dia 24/11/2020, a execução de alguns dos principais contratos firmados pelo Ministério, a condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços, as ações de vigilância em saúde passíveis de serem implantadas no combate à pandemia e as iniciativas do Ministério da Saúde para aquisição, produção e disponibilização de eventuais vacinas contra a Covid-19 (Acórdão 4.049/2022-TCU-Plenário).

8. O quinto (TC 014.575/2020-5) apresentou um panorama dos aspectos orçamentários e financeiros, consolidados até o dia 15/3/2021, da estrutura de governança criada pelo Ministério da Saúde para combater a crise causada pelo coronavírus, da condução dos processos de aquisição de bens e contratação de serviços e dos saldos bancários das contas correntes dos entes subnacionais para os depósitos do Fundo Nacional de Saúde, da política de testagem nacional para os casos de Covid-19, dos planos estratégicos das medidas de comunicação e de gestão e assistência farmacêutica, das ações e iniciativas do Ministério da Saúde no tocante à identificação de novas variantes do Sars-CoV-2; do sistema de registro de vacinação contra a Covid-19 e da apresentação de um balanço do primeiro ano da pandemias de Covid-19, por meio da análise de indicadores de saúde (Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário).

9. O sexto (TC 015.125/2021-1) avaliou a liderança do Ministério da Saúde no cumprimento de suas atribuições de planejamento, execução e coordenação de ações no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), o sistema de comunicação governamental para o esclarecimento da população sobre as medidas de prevenção e controle da doença, a transparência das

informações públicas relacionadas à pandemia de covid-19, os controles adotados nos processos de contratação de bens e serviços, os aspectos orçamentários e financeiros consolidados até agosto/2021, a vacinação, quanto à contratação, à logística de entrega, à produção nacional decorrente da encomenda tecnológica, ao controle da eficácia da vacina diante de novas cepas (Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário).

10. O sétimo (TC 015.125/2021-1) avaliou a governança do Ministério da Saúde, os aspectos orçamentários e financeiros consolidados até 18/4/2022, contratos relativos à covid-19, requisições administrativas de equipamentos e insumos médicos pelo MS e processos de vacinação contra covid-19 (Acórdão 2.369/2022-TCU-Plenário).

11. E, por fim, neste oitavo e último ciclo de acompanhamento, foram avaliados a governança do Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia de covid-19, aspectos orçamentários e financeiros, contratos relativos à covid-19, processos de vacinação contra covid-19 e o legado da pandemia em termos de normativos, planos e estrutura de saúde.

12. Os cinco primeiros ciclos foram relatados com competência pelo Excelentíssimo Ministro Benjamin Zymler, cabendo a mim a relatoria dos três últimos ciclos.

13. Dedico-me, a seguir, a expor alguns dos aspectos que considero relevantes do combate, no Brasil, à crise desencadeada com a covid-19.

II

14. Em 30/1/2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), diante do crescimento no número de países com casos confirmados de covid 19.

15. Por sua vez, o Brasil, em 3/2/2020, declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria GM/MS 188, e estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.

16. Em 16/3/2020 (Decreto 10.277), foi instituído o Comitê de Crise da Casa Civil da Presidência da República, para ser órgão de articulação da ação governamental, de assessoramento ao Presidente da República sobre a consciência situacional em questões decorrentes da pandemia da covid-19 e de deliberação sobre as prioridades, as diretrizes e os aspectos estratégicos relativos aos impactos da covid-19.

17. E, diante da necessidade da aquisição de materiais e insumos para atendimento aos pacientes com covid-19, foram instituídas normas específicas para a realização de licitações e para sua dispensa, por meio da Lei 13.979/2020.

III

18. A respeito dos aspectos orçamentários e financeiros, friso que os gastos da União em ações relacionadas ao enfrentamento da Covid-19 e suas consequências foram realizados por meio de diversas ações governamentais, em especial do Ministério da Saúde e dos Ministérios da Cidadania e da Economia (atuais Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e Ministério da Fazenda).

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

20. Seguem dados a respeito das dotações e execuções orçamentária na Função Saúde.

21. Em 2020, no tocante às ações diretas de combate à Covid-19, promovidas pelo Ministério da Saúde, 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.
22. De acordo com os exames feitos no TC 016.873/2020-3 (Acórdão 908/2021-TCU-Plenário), dos valores pagos na função saúde, R\$ 32,1 bilhões referem-se a transferências de recursos a estados, Distrito Federal e municípios e os demais R\$ 7,6 bilhões foram executados pela própria União.
23. Para 2021, na Função Saúde, a ação orçamentária 21C0 não foi utilizada e os recursos para combate à Covid-19 foram destinados por meio de plano orçamentário. Ainda, foram publicadas diversas medidas provisórias para abertura de créditos extraordinários na função Saúde, em um total de R\$ 51,8 bilhões.
24. A avaliação da execução orçamentária de ações relativas ao combate à Covid-19 a cargo do Ministério da Saúde no exercício de 2021, foi realizada a partir de consulta ao site do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (SIOP), em 16/4/2022, obtendo-se os seguintes resultados:

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 - Fundo a Fundo	10.080.982.570,18	10.080.982.570,18	9.929.563.926,94
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

25. No exercício de 2022, constou dotação orçamentária de aproximadamente R\$ 27,2 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), do Benefício Emergencial de Manutenção de Emprego e Renda (R\$ 0,15 bilhões), Despesas Adicionais do Ministério da Saúde e demais Ministérios (R\$ 12,37 bilhões) e aquisição de vacinas (R\$ 9,06 bilhões).

26. Em relação aos recursos para combate à Covid-19 atinentes ao Ministério da Saúde, foram destinados por meio de planos orçamentários específicos (CV19 - Coronavírus (Covid-19) e CVG0 -

Covid-19 - Medida Provisória 1.083, de 24 de dezembro de 2021), até o dia 31/12/2022 e a LOA/2022 fixou despesas voltadas para o enfrentamento da Covid-19 em R\$ 7,1 bilhões, com a abertura, ainda, de crédito extraordinário instituído pela Medida Provisória 1.083/2021, no valor de R\$ 4,5 bilhões.

27. No referido exercício, houve a seguinte execução orçamentária pelo Ministério da Saúde dos recursos nos planos orçamentários CV19 - Coronavírus (Covid-19) e CVG0 - Covid-19 - Medida Provisória 1.083, de 24 de dezembro de 2021, até o dia 31/12/2022, em ações referentes ao combate à Covid-19.

Modalidade de Execução	Empenhado R\$	Liquidado R\$	Pago R\$
31 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo	309.166.227,00	309.166.226,88	309.166.226,88
41 - Transferências a Municípios - Fundo a Fundo	977.294.960,40	977.294.960,40	977.294.960,40
50 - Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	106.736.800,00	105.000.000,00	105.000.000,00
90 - Aplicações Diretas	8.722.239.375,15	5.979.090.913,98	5.973.201.515,34
91 - Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos F/S	32.555.215,80	32.149.188,50	32.149.188,50
Total Geral	10.147.992.578,23	7.402.701.289,76	7.396.811.891,12

28. No exercício de 2022, em observância ao determinado no item 9.1.2 do Acórdão TCU 1.873/2021 – Plenário, o Ministério da Saúde apresentou o seguinte detalhamento do orçamento para covid 19:

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	4.463,10
	Crédito Extraordinário	
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 SARAHA	LOA Inicial	105,00
Custeio de serviços hospitalares da rede	LOA Inicial	75,00

própria decorrentes da Covid-19		
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

29. Os quadros que se seguem apresentam a execução dos gastos com a Covid-19 por modalidade de aplicação - **Função Saúde**, registrando 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), 18/4/2022 (sétimo relatório), e 31/12/2022:

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	8.722.239.375,15	74,85%	1.969.694.749,13	22,43%	
31/12/2022	8.722.300.461,00	8.722.239.375,15	99,99%	5.973.201.515,34	68,48%	

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%	
31/12/2022	309.166.224,00	309.166.227,00	100,00%	309.166.226,88	100,00%	

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%	
10/10/2022	977.294.966,00	977.294.960,40	100,00%	977.294.960,40	100,00%	

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta no Tesouro Gerencial em 17/2/2023 e SIOP

30. Comparando-se a execução orçamentária no período de 2020 a 2022, verifica-se que a menor dotação atualizada para atendimento da Covid-19, na função saúde, encontra-se no ano de 2022, com estimativa de R\$ 11,6 bilhões, incluídos R\$ 9,20 bilhões para aquisição de vacinas. Destaque-se que, em 2020, houve previsão orçamentária de R\$ 24,51 bilhões para aquisição de vacinas e insumos para enfrentamento da Covid-19, e em 2021, a previsão para aquisição de vacinas foi de R\$ 32,58 bilhões, conforme dados do Tesouro Transparente, disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>

31. Os dados comparativos da execução dos gastos com a Covid-19 no período da pandemia estão registrados na tabela a seguir:

Data	(a) - Dotação Atual (R\$)	(b) - Empenhado (R\$)	% Empenhado (b)/(a)	(c)- Pago (R\$)	% Pago (c)/(a)
31/12/2020	64.166.962.498,00	42.172.839.905,00	65,72%	39.488.846.329,88	93,63%
31/12/2021	56.744.947.928,00	50.466.287.131,00	88,93%	42.461.301.609,82	84,13%
31/12/2022	11.606.129.369,00	10.147.992.578,23	87,40%	7.396.811.891,12	63,70%

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta em 17/2/2023 no SIOP

32. O projeto de lei orçamentária anual (PLOA), para o exercício de 2023, estabeleceu a estimativa de R\$ 131.644.373.507,00, para a função saúde, sofrendo alteração na Casa Legislativa. Ao final, foi sancionada e promulgada a Lei 14.535/2023, Lei Orçamentária Anual do exercício de 2023, consignando dotação de R\$ 171.157.061.354,00, para o Ministério da Saúde na função saúde, evidenciando 11% de incremento sobre a dotação atualizada final do exercício de 2022.

33. Em relação aos valores previstos no plano orçamentário específico e padronizado - CV19 - Coronavírus (Covid-19), PLOA 2023, foi estimado o valor de R\$ 3,94 bilhões.

34. Desse montante, R\$ 3,67 bilhões são previstos para aquisição e distribuição de imunobiológicos para prevenção e controle da Covid-19, sendo R\$ 1,79 bilhões consignados à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e R\$ 1,88 bilhões ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). São também destinados R\$ 265 milhões à administração direta (FNS) para aquisição de medicamentos para pacientes da Covid-19.

35. No presente capítulo, buscamos apresentar de modo compilado os dados orçamentários e financeiros da pandemia para uma melhor compreensão dos esforços econômicos envolvidos.

36. Como ressaltado pela unidade técnica, houve progressiva redução de recursos direcionados para a prevenção e o tratamento da Covid-19, passando a doença ser custeada no rol de recursos ordinários do SUS para atendimento da atenção primária e atenção especializada.

37. Dessa forma, a unidade técnica sugeriu nesta oportunidade, o que acolho, o apensamento de cópia do relatório precedente ao processo TC 020.961/2022-7, que trata da temática de redução de proposta orçamentária da função saúde.

IV

38. Passo a registrar nesse item os achados específicos deste oitavo ciclo, exceto quanto aos aspectos orçamentários e financeiros que foram incluídos no item anterior, no qual foram elaboradas seis 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) processos de vacinação contra covid-19; e v) legado da pandemia em termos de normativos, planos e estrutura de saúde.

IV.1

Governança do Ministério da Saúde para Enfrentamento da Pandemia

39. O presente acompanhamento analisou as ações de governança relacionadas à nova estrutura regimental do Ministério da Saúde estabelecida pelo Decreto 11.098/2022, pertinentes às suas atribuições de planejamento, execução e coordenação de ações para enfrentamento da pandemia, bem assim a atuação ministerial acerca da identificação das manifestações pós-Covid-19 que venham impactar os casos de morbidade ambulatorial e hospitalar dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).

40. Verificou-se, em suma, que a governança do Ministério da Saúde (MS) foi impactada pela alteração da estrutura regimental aprovada pelo referido decreto, que extinguiu a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (Secovid), em decorrência do encerramento da Espin pela Portaria GM/MS 319/2022.

41. Ante à extinção dessa secretaria, parte de suas atividades foi atribuída à Secretaria e Vigilância em Saúde (SVSA), com a criação de uma unidade específica para cuidar de emergências em saúde (Departamento de Emergências em Saúde Pública/DEMSP), com a qual se pretende, segundo o MS, fortalecer a organização da gestão das ações de vigilância das emergências em saúde pública executadas e estabelecer uma estrutura que realize o ciclo completo de gestão das emergências. Porém, não foi, como verificado, estabelecida formalmente sua competência.

42. Na verdade, verificou-se que o Decreto 11.098/2022 não fixou as competências dos departamentos e das unidades menores a ele subordinadas e que a Portaria GM/MS 1.419/2017, que aprovou o Regimento Interno do Ministério da Saúde, está desatualizada e não contempla as atribuições dos órgãos novos criados.

43. Houve um avanço com o normativo que o sucedeu, Decreto 11.358/2023, alterado pelo Decreto 11.391/2023. Porém, ele, apesar de ter disposto acerca das competências dos departamentos, deixou de estabelecer o quantitativo de órgãos internos dos demais níveis subordinados e suas competências.

44. Tal ausência de normatização das competências dos órgãos internos certamente impacta a sua gestão, com o surgimento de situações de conflitos de competência, positivos ou negativos, retrabalho, ineficiências na condução dos processos de aquisição de equipamentos, medicamentos e insumos, dificuldade na atribuição de responsabilidade por atos praticados ou por omissões.

45. Com razão a unidade técnica quando ponderou que não é mera formalidade burocrática a necessidade de fixação do quantitativo de órgãos internos, com estabelecimento da hierarquia de subordinação aos órgãos singulares específicos e a competência legal de cada um. Com efeito, tal fato reflete o atendimento dos princípios de organização e de descentralização a fim de que ocorram divisão de tarefas, de responsabilidades e de autoridade em todos os níveis organizacionais.

46. Dessa forma, é imperativo à uma estrutura organizacional, com vistas a atingir seus objetivos, a fixação de quantitativos de órgãos internos, a definição de atuação e indicação das autoridades por ele responsáveis.
47. Nessas circunstâncias, apesar da notícia dada pelo MS de que se encontrava em andamento o trabalho de atualização do Regimento Interno do Ministério da Saúde, ante a desatualização da Portaria GM/MS 1.419/2017, mostra-se ainda pertinente a proposta da unidade técnica no sentido de recomendar à pasta ministerial a elaboração de normativo interno (ou atualização da Portaria GM/MS 1.419/2017), a fim de compatibilizar o Regimento Interno do ministério à nova Estrutura Regimental aprovada pelo Decreto 11.358/2023, estabelecendo as competências de todos os órgãos internos.
48. Registro importante feito pela unidade técnica foi que, pela nova estrutura e de acordo com a resposta do Ministério da Saúde, não existe um órgão específico com visão do todo sobre a pandemia, uma vez que as secretarias finalísticas atuam de acordo com as competências a elas atribuídas, devendo ser notado que, com o fim da Espin, a Covid-19 passou a ser prevenida e cuidada como mais uma doença incorporada na rotina do SUS, não sendo mais uma morbidade inusitada, como ocorre também com outras doenças decorrentes de vírus, a exemplo da Influenza e vírus sincicial respiratório (VSR).
49. É que, além da gestão exercida pela Secretaria de Vigilância em Saúde e pelo Departamento de Emergências em Saúde Pública, diversas outras unidades do MS atuam na resposta à pandemia, reunindo ações de vigilância em saúde, de assistência em saúde, de atenção especializada, de aquisição e distribuição de insumos estratégicos em saúde, de comunicação social, regulação do trabalho na área da saúde, de atenção à saúde dos Povos Indígenas, dentre outras.
50. A unidade técnica ressaltou, ainda, que o MS continua acompanhando os principais indicadores para monitorar a evolução da Covid-19 no país e no mundo, o que se reveste de suma importância, pois servem para monitorar a evolução ou regressão da doença e para se adotar respostas tempestivas para as demandas de saúde que venham ocorrer nos vários pontos do território nacional.
51. Ante o exposto, considerando a análise feita, foi atendida a determinação feita pelo subitem 9.10.2 do Acórdão 2.369/2022 – TCU – Plenário, no sentido de que fossem trazidos ao conhecimento deste Tribunal, neste ciclo de acompanhamento, 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.
52. Outro aspecto relevante destacado é a constante rotatividade dos dirigentes do Ministério da Saúde, no período de 2020 a 2022. É que, em decorrência da constante alteração do dirigente máximo no órgão, também ocorriam mudanças na secretaria-executiva e nas áreas finalísticas, acarretando, como ressaltou a unidade técnica, retrabalhos e ineficiências dos processos internos do órgão ministerial, além de morosidade no atendimento das necessidades públicas.
53. Para se ter uma noção clara, desde o início da pandemia no Brasil até dezembro de 2022, o Ministério da Saúde contou com quatro Ministros da Saúde, seis Secretários-Executivos, quatro Secretários da Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos, quatro Secretários de Atenção Especializada à Saúde, três Secretários Especial de Atenção à Saúde, dois Secretários de Vigilância em Saúde, dois Secretários da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, dois Secretários de Atenção Primária, dois Diretores do Departamento de Logística em Saúde, e dois Diretores do Departamento de Imunização de Doenças Transmissíveis.
54. Essa constante rotatividade refletiu, negativamente, na direção e na execução das políticas para o enfrentamento da pandemia, como por exemplo, nas situações de morosidade na contratação de diluentes para vacinas, agulhas e seringas para utilização no processo de vacinação da Covid-19, testes rápidos, *kit* de extração de RNA, ventiladores pulmonares, medicamentos de intubação orotraqueal (Relatório Sexto Ciclo, item 5.1.1, peça 195); na indenização de requisição administrativa sem

critérios claros e definidos (Relatório do Sétimo Ciclo, item 6.1, peça 605); na falta de monitoramento de oxigênio medicinal (TC 000.344/2021-4); e no direcionamento na contratação de seguro de responsabilidade civil contra efeitos adversos da vacinação (Relatório do Sexto Ciclo, item 5.1.8, peça 195, e TC 043.914/2021-7).

55. Tal contexto, em que pesem as escolhas dos dirigentes escaparem da competência deste Tribunal, por estarem no âmbito da discricionariedade do governo federal, justifica a expedição da comunicação sugerida pela unidade técnica à Casa Civil da Presidência da República, à Comissão de Saúde Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados Federais e à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, a fim de que oficialmente tomem conhecimento das consequências destas medidas.

56. Por fim, no tocante à atuação ministerial acerca da identificação das manifestações pós-Covid-19, registre-se, preliminarmente, que a identificação, cuidados e monitoramento das condições pós-Covid-19 são atribuições das redes locais de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde estabelecer as diretrizes para organização da estrutura para fomentar a execução das ações de saúde para os pacientes acometidos por estas manifestações.

57. E, de fato, foi verificado o estabelecimento de diretrizes pelo MS que buscam estabelecer critérios para organizar a estrutura do SUS para realizar os cuidados nas condições pós-Covid-19. O referido órgão tem sistematizado normas e orientações, desenvolvidas desde 2021, para identificação, quantificação e cuidado com os pacientes da Covid Longa.

58. Dentre outras iniciativas, foram constatadas as seguintes: (a) publicação do material direcionado a profissionais e gestores, para apoio a adequação e qualificação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado às pessoas com condições pós-Covid-19 e do Manual para avaliação e manejo de condições pós-Covid-19 na atenção primária à saúde; (b) repasse de recursos aos municípios (Portaria GM/MS 377/2022) para estruturação dos serviços de saúde acerca dos agravos decorrentes das condições pós-Covid-19; financiamento e realização de capacitação de profissionais de saúde, codificação da SIM-P e SIM-A; e definição dos órgãos internos do Ministério da Saúde responsáveis pelo monitoramento da morbidade; (c) organização da Atenção Primária à Saúde para o cuidado das pessoas com condições pós-Covid-19 e atenção primária como coordenadora do cuidado das pessoas com condições pós-Covid-19; (d) elaboração, em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), do Mapa de Evidências sobre sequelas e reabilitação Pós-Covid-19, em março de 2022, o qual focou em identificar, descrever e sumarizar estudos de revisão sistemática sobre os efeitos de estratégias e intervenções para reabilitação de condições pós-Covid-19 e suas possíveis sequelas.

59. Em relação a possível impacto que os pacientes acometidos por síndrome pós-Covid 19 possam estar causando ao sistema de saúde, foi observado que, apesar de a estimativa de casos ser considerável, cerca de 50% com pelo menos uma condição pós-Covid-19 mapeada, não se verificou sobrecarga da rede de saúde. Destaca-se que o Ministério da Saúde vem incentivando os entes subnacionais para que façam os registros dos casos no SISAB, assim como os casos de SIM-P e de SIM-A, a fim de se conhecer o real quantitativo desses casos registrados.

IV.2

Contratos relativos à covid-19

60. Nesta etapa do acompanhamento, foram analisados os processos de contratação ocorridos após a elaboração do sétimo relatório desta fiscalização, envolvendo valores na ordem de R\$ 270.472.50,00, oriundos de dois contratos firmados para fornecimento de reagente para diagnóstico clínico de Sars-Cov-2, Influenza A/B, RSV, teste, RT-PCR e aquisição de medicamento Nirmatrelvir e

Ritonavir; e R\$ 195.904.354,18, reativos a dois processos licitatórios, ainda sem formalização contratual à época, destinados à aquisição de medicamentos de IOT e de Cloreto de sódio.

61. No tocante à aquisição de vacinas, foi examinado o montante de R\$ 97,5 milhões em aquisição da vacina coronaVac (Termo Aditivo do Contrato 50/2022 - Butantan).

62. Como principais constatações, foram apontados: (a) morosidade na conclusão dos procedimentos internos dos processos de aquisição; (b) possíveis irregularidades da dispensa de licitação que originou o Contrato 250/2020 – MS/*Life Technologies*; e (c) contratação irregular de medicamentos de IOT com fundamento em pregões cancelados tacitamente.

63. Foi verificado, por exemplo, no tocante ao achado “morosidade”, o intervalo de tempo de 260 dias entre a solicitação e a homologação do pregão para aquisição de medicamentos de intubação orotraqueal (IOT); e o intervalo de 210 dias entre a solicitação e a abertura do pregão, para aquisição de diluentes para vacina da Pfizer.

64. Tal demora decorre, segundo a unidade técnica, de aspectos multicausais na instrução processual, tendo sido apontado, como principal, o retrabalho na elaboração dos documentos de Estudos Técnicos Preliminares (ETP), Termo de Referência (TR) e notas técnicas correspondentes (elaboração de seis versões, no caso da OIT e 12 versões, no caso do diluente).

65. Tal fato, inclusive, já foi constatado em outras ocasiões por este Tribunal, como, por exemplo, no 6º Acompanhamento (Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário), ocasião em que foi feita recomendação ao Ministério da Saúde para que melhorasse a instrução processual a fim de reduzir o tempo entre a solicitação dos medicamentos e o lançamento da fase externa do certame. Ainda, por ocasião da apreciação do TC 047.721/2020-0 (Acórdão 1.830/2022 – TCU – Plenário), quando foi dada ciência ao MS das impropriedades/falhas, identificadas no Pregão Eletrônico 159/2020.

66. Assim, considerando que já houve recomendação para melhoria da instrução processual na realização de contratações, bem como já houve expedição de ciência sobre morosidade na condução do processo licitatório, e que os indícios e a maior parte da elaboração dos processos analisados são anteriores à comunicação ao MS do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário, o órgão instrutivo entendeu não ser o caso de aplicação de multa nem expedição de nova recomendação.

67. Acompanho o entendimento da unidade técnica. Registro, inclusive, que, no monitoramento do acórdão relativo ao sétimo ciclo de acompanhamento, o Ministério da Saúde informou que está realizando treinamento e capacitação do pessoal que atua com licitação e contratos e que a nova gestão daquele órgão também informou que reconhece as fragilidades indicadas pelo Tribunal e que seria elaborado um manual de orientação para que fossem mitigadas as falhas procedimentais pelas áreas demandantes. Assim, considero que este Tribunal já adotou as medidas a seu turno e se espera que medidas informadas pelo MS culminem em processos de aquisições céleres e eficientes, para atendimento em tempo hábil das políticas estratégicas de saúde, a ser confirmado em outros trabalhos desta Casa.

68. Em relação a possíveis irregularidades da dispensa de licitação que originou o Contrato 250/2020 – MS/*Life Technologies*, a unidade técnica registrou que é objeto de apuração no âmbito da CGU, encontrando-se, à época, em fase de trabalho final. Assim, propôs, o que acolho, que, por ocasião do monitoramento das deliberações deste processo de acompanhamento, seja também analisado o deslinde da apuração pela CGU das possíveis irregularidades encontradas no Contrato 250/2020 – MS/*Life Technologies*.

69. Por fim, quanto à contratação irregular de medicamentos para intubação orotraqueal (IOT), com fundamento em pregões cancelados tacitamente, a unidade técnica informou que está sendo apurado no TC 030.577/2022-5, por determinação do Acórdão 2.369/2022 – TCU – Plenário.

IV.3

Vacinas

70. O governo federal arrematou recursos para aquisição de mais de 820 milhões de doses de vacinas contra Covid-19, desde o início da vacinação até novembro de 2022, com o dispêndio superior a R\$ 37 bilhões, demonstrando capacidade orçamentária para suportar esta despesa nos orçamentos de 2021 e 2022.
71. No campo dos imunizantes, releva destacar a produção no território brasileiro das vacinas da AstraZeneca, pela Fundação Oswaldo Cruz, e da CoronaVac, pelo Instituto Butantan, que reduziu a dependência do governo brasileiro de adquirir vacinas produzidas em outros países (Pfizer e Janssen) e que foram relevantes no atendimento da demanda interna, principalmente no início do processo de vacinação em 2021, quando a oferta no mercado mundial era escassa.
72. A experiência brasileira no processo de imunização da população mostrou eficiência para vacinar cerca de 89% da população vacinável, com pelo menos uma dose, conforme o Our World in data.
73. No presente ciclo, considerando o avanço da vacinação desde 18 de janeiro de 2021, buscaram-se informações acerca de perda de imunizantes, atualização das metas do PNO, especialmente acerca da vacinação infantil e aquisições de imunizantes para 2023.

Perdas de vacinas

74. A unidade técnica registrou que, ao se realizar o cruzamento de dados entre as doses de vacinas distribuídas pelo Ministério da Saúde aos Estados e as doses aplicadas no público elegível, registradas nos Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), considerando-se as datas de validade dos imunizantes, constatou a existência de 54.276.447 doses de vacinas vencidas nos almoxarifados dos entes subnacionais (9,5% do repassado pelo governo federal), perfazendo dano potencial de mais de dois bilhões de reais (R\$ 2.167.926.230,96).
75. Para calcular tais perdas de doses por vencimento, a unidade técnica estabeleceu como data de corte o dia 30/9/2022. Assim, foram filtrados os lotes que se encontravam vencidos nessa data e que não constavam registros de aplicação (caso o lote se encontrasse vencido, e não constasse aplicação no sistema oficial, foi subentendido que a referida dose foi perdida). Especificamente para as vacinas da *Pfizer*, na apresentação adulto, já importados e distribuídos pelo Ministério da Saúde, foi feita uma atualização das datas de validade para as datas informadas pela empresa farmacêutica em documento atualizado em 14/10/2022, em decorrência da aprovação da Anvisa para aplicação do prazo de validade de 15 meses aos lotes da referida vacina.
76. Segundo apontou o órgão instrutivo, os dados indicaram terem sido encaminhadas 573.498.244 doses de vacinas contra a Covid-19 aos entes subnacionais, e aplicadas 492.102.883 doses, sendo que 22.038.313 desses registros de aplicação se mostraram inconsistentes (por doses aplicadas a maior ou por aplicação de vacinas de lotes não repassados pelo Ministério da Saúde). Esses registros inconsistentes se concentraram principalmente em São Paulo (11,18%) e Espírito Santo (6,95%), ao passo que Roraima e Alagoas tiveram os menores percentuais de registros inconsistentes, com percentuais respectivos de 0,68% e 0,69%.
77. As 54.276.447 de doses vencidas se concentraram predominantemente no Rio de Janeiro (32,27%) e Roraima (19,69%), ao passo que Piauí, com 3,03% e Goiás, com 3,47%, apresentam os menores percentuais de vacinas vencidas e não aplicadas.
78. Os dados acima apontados, como dito, foram apurados com o corte em 30/9/2022. Porém, de acordo com a planilha encaminhada ao TCU pelo Ministério da Saúde, cerca de 22,4% de doses de

imunizantes tinham vencimento entre 6/10/2022 e 31/12/2022, correspondendo em termos absolutos a 128.562.450 doses, quantitativo esse que, se não foi aplicado, impactou ainda mais as perdas das vacinas.

79. Em relação aos estoques existentes nos depósitos do Ministério da Saúde em Guarulhos/SP, foi verificada a existência de 660.506 doses de vacinas vencidas. Além disso, em relatório de descarte de vacinas até agosto de 2022, constam 2 milhões de doses, com valor estimado de R\$ 30,8 milhões.

80. As possíveis causas para tais perdas, elencadas pela unidade técnica, foram a existência de perdas técnicas de doses não aplicadas, de doses aplicadas e não registradas, de erros de digitação de dados, falta de procura dos imunizantes pela população, do baixo alcance das campanhas de vacinação, falta de remanejamento de vacinas entre os entes subnacionais.

81. Concordo com a unidade técnica quando aponta que um dos efeitos observados com a perda de vacina por vencimento da validade é o desperdício/prejuízo financeiro. Todavia, correlacionar a perda de vacina por expiração de validade ao comprometimento parcial da cobertura vacinal contra a covid-19, carece, a meu ver, de exame mais aprofundado, pois, a princípio, não me parece ser aquela uma causa, direta e significativa, dessa parcialidade. Tal correlação poderia ter sido mais provável, em cognição primária, em 2021, quando se iniciou a vacinação no país e o quantitativo de vacina ainda não era suficiente para abranger toda a população. Em 2022, por outro lado, não houve notícia de falta de vacina em relação à demanda da população, embora tenha, de fato, havido discrepância na cobertura vacinal por regiões do país e/ou população-alvo, como, por exemplo, a indígena.

82. De qualquer forma, a matéria será melhor e especificamente examinada no âmbito do TC 031.627/2022-6, que trata de representação oferecida pela unidade técnica, em decorrência do presente achado.

83. Por fim, a unidade técnica apontou algumas iniciativas mitigadoras da perda de vacina pelo Ministério da Saúde. Uma delas, foi a solicitação, em 9/11/2022, ao Instituto de Tecnologia em Imunobiológico (Bio-Manguinhos) para suspensão da produção e entrega da vacina AstraZeneca/Fiocruz, sob a alegação, dentre outras, de diminuição das solicitações do referido imunizante pelos entes federativos e a robustez do estoque, sob risco de perecimento.

84. Outra medida, foi a edição da Portaria GM/MS 4.777, de 30/12/2022, dispoendo sobre os procedimentos de planejamento, aquisição e gestão de insumos estratégicos em saúde, que representou um avanço na busca de mitigar as perdas no tocante aos imunizantes estocados no almoxarifado do órgão, pois estabeleceu procedimentos que podem mitigar a ocorrência de perdas, formalizando a rotina que deve ser adotada pelos órgãos demandantes e DLOG.

85. Entretanto, não foi observada orientação ou estabelecimento de procedimentos, gerais ou específicos a respeito dos imunizantes que foram enviados para os entes subnacionais. Com razão o órgão instrutivo quando assevera que o Ministério da Saúde deveria ter ferramentas para conhecer os estoques dos entes subnacionais e promover ações coordenadas que mitigassem perdas e proporcionasse maior eficiência na utilização dos recursos empreendidos na aquisição de vacinas da Covid-19, diante dos valores e quantitativos envolvidos.

86. Por fim, considero de suma relevância o registro da unidade técnica no sentido de que o cruzamento de dados por ela feito para avaliar doses de vacinas vencidas nas unidades federadas só foi possível por conta de uma inovação no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), implementado durante a pandemia de Covid-19, que permite a identificação individual do registro da vacina. Apesar disso, frisou que tal funcionalidade ainda não é extensível a outras vacinas, o que impossibilita seu adequado rastreamento.

87. Assim, considerando, com bem realçou órgão instrutivo, a importância de o Ministério da Saúde direcionar esforços para que seja possível replicar esse sistema de rastreamento a todas as

vacinas por ele adquiridas e distribuídas, a fim de garantir efetiva rastreabilidade de recursos e controle de efetividade das ações de imunização, propugno recomendação ao referido órgão ministerial nesse sentido.

Planejamento das aquisições de imunizantes para 2023

88. Em relação ao ano de 2023, o Ministério da Saúde informou que, levando em conta o cenário epidemiológico, elegeu a população a ser imunizada de 66,6 milhões de pessoas, por grupos-prioritários (população +50 anos, trabalhadores da saúde, gestante e puérpua e imunocomprometidos), considerando esquema vacinal de primeira e segunda doses, estimando a necessidade de 139,8 milhões de doses de imunizantes.

89. Além das aquisições de vacina já informadas no sétimo ciclo de acompanhamento para 2022 (100 milhões de doses de vacinas Pfizer, com possibilidade de compra adicional de 50 milhões, sendo feita opção para o recebimento de 22 milhões de doses pediátricas; 120 milhões de doses da AstraZeneca, com a possibilidade de fornecimento adicional de mais 60 milhões de doses; e 10 milhões de doses da CoronaVac, para atender a vacinação de crianças a partir de 6 anos), no presente ciclo foi informada a aquisição de mais um milhão de doses da vacina CoronaVac e um milhão de doses do imunizante da Pfizer, para utilização em crianças de seis meses a dois anos e onze meses.

90. Em virtude da autorização de uso emergencial pela Anvisa, em novembro/2022, para aplicação duas vacinas bivalentes contra Covid-19 (Pfizer, vacinas *Comirnaty* bivalente BA.1 e *Comirnaty* bivalente BA.4/BA.5), que objetivou expandir a resposta imune específica à variante Ômicron atualmente circulante, e melhorar a proteção conferida pelas vacinas contra a Covid-19 aplicadas, o Ministério da Saúde informou o recebimento, em dezembro/2022, de mais de 9,6 milhões de doses. Para 2023, o quantitativo será de mais 80 milhões de doses.

91. A Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações do Ministério da Saúde (CTAI), em reunião de 30/11/2022, definiu os grupos prioritários para recebimento dessas vacinas (BA.1 ou BA.4 e BA.5): pessoas com 60 anos ou mais, pessoas que vivem em instituições de longa permanência, trabalhadores da saúde, comorbidades, gestantes e puérperas, indígenas, ribeirinhos, quilombolas e pessoas com deficiência permanente.

92. A referida Câmara definiu, ainda, que pessoas que não fazem parte do grupo prioritário e que não foram vacinadas ou estão com esquema vacinal incompleto devem ser estimuladas a realizar seu esquema primário composto por duas doses das vacinas AstraZeneca/ Fiocruz ou Pfizer e uma dose de reforço a partir de 4 meses da segunda dose. E que a dose de reforço para pessoas que não estão no grupo de prioridades deve ser realizada com a vacina monovalente disponível no momento.

93. A importância de seguir essas orientações, como registrou a unidade técnica, é que se deve evitar que a chegada dessas vacinas bivalentes contribua para induzir a população a erro (por vezes, por entendê-la como “vacina atualizada”) e prejudicar a cobertura vacinal proporcionada pelas vacinas monovalentes, responsáveis pela incrível redução das internações e óbitos por Covid-19 no país, e cuja eficácia permanece em níveis elevados.

94. Em relação à vacinação de crianças, para aquelas menores de 12 anos, estão sendo aplicadas desde 2021 (vacina Pfizer/*Comirnaty* para aplicação em crianças de 5 a 11 anos e CoronaVac para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, a partir de nov/2022). Neste ciclo de acompanhamento, foi constatado o ingresso no PNO da vacina Coronavac, para a faixa etária de 3 a 5 anos (em julho/2022), e da *Comirnaty* da Pfizer, para crianças de 6 meses a 4 anos (em set/2022).

Barreiras para autorização de uso de vacinas da Pfizer para menores de 6 meses a 4 anos

95. A respeito do uso da vacina *Comirnaty* da Pfizer para crianças de 6 meses a 4 anos de idade, aprovada pela Anvisa em 16/9/2022, restou caracterizado um imbróglio procedimental que poderia ter resultado em perda de vacinas adquiridas.
96. Tal imbróglio foi resultado do encerramento da Espin, sem que ficasse definido, de forma clara, os normativos e procedimentos que permaneceriam sendo utilizados, para flexibilizar aquisição e uso de medicamentos e insumos estratégicos.
97. É que, após a Anvisa aprovar a ampliação de uso da vacina *Comirnaty* da Pfizer para crianças de 6 meses a 4 anos de idade, o Ministério da Saúde criou barreiras para autorização de uso do imunizante para o público-alvo e distribuição para os entes subnacionais, com a justificativa de que o encerramento da Espin gerou dúvidas acerca da obrigatoriedade, no caso concreto, de submissão prévia do processo de autorização à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).
98. A Conjur/MS, cujo parecer embasou essa decisão do MS, havia entendido que a nova apresentação da vacina e a extensão da faixa etária configurava alteração de medicamento e/ou procedimentos, enquadrando-se no art. 19-Q, da Lei 8.080/1990, e não mais no art. 13 da Lei 14.124/2021 (“A aplicação das vacinas contra a covid-19 deverá observar o previsto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19”), motivo pelo qual a matéria deveria ser submetida à Conitec.
99. Assim, diferentemente do que ocorreu na autorização para uso das demais vacinas para o público infantil, o MS realizou consulta àquela Comissão para que se manifestasse quanto à permissibilidade de inclusão do imunobiológico ao público infantil, possibilitando a vacinação contra a Covid-19 ainda em 2022.
100. Antes que essa comissão se manifestasse (o que terminou por fazer, excepcionalmente, somente no final de dezembro de 2022), o Ministério da Saúde acabou por celebrar termo aditivo ao Contrato 281/2021, para aquisição de 1.000.000 doses de vacinas pediátricas da Pfizer, as quais chegaram ao país em 27/10/2022, e foram distribuídas para os estados a partir de 10/11/2022 para atender crianças com comorbidades. Somente em 27/12/2022, o Ministério da Saúde autorizou o uso da vacina da Pfizer para as demais crianças desta faixa etária.
101. Para a unidade técnica, apesar da declaração do fim da ESPIN pelo Brasil, persistia, à época, a Emergência Pública de Importância Internacional (ESPII), declarada pela Organização Mundial de Saúde, estando os órgãos nacionais de saúde em estado de alerta acerca do controle de casos e óbitos e eventuais surtos, de forma que não parecia razoável, em pleno enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus, que o processo de autorização de uso da referida vacina passasse pela rotina ordinária de análise da Conitec, a qual poderia durar até um ano e três meses (entre a solicitação de análise pela Conitec até sua disponibilização para população).
102. Com razão o órgão instrutivo quando asseverou que, nesse interregno de tempo, a situação epidemiológica sofreria alterações e necessitaria de intervenção tempestiva do Estado.
103. Nesse contexto, ponderou o órgão instrutivo que, caso se entenda pela obrigatoriedade da submissão do processo de autorização à Conitec, nos termos do art. 19-Q da Lei 8.080/1990, a contratação das vacinas pediátricas decorrentes do Aditivo do Contrato 281/2021 e sua distribuição teria sido totalmente irregular, o que implicaria na responsabilização dos agentes que realizaram tais atos, uma vez que a ritualística do procedimento apresentada não foi cumprida.
104. Contudo, para ele, a interpretação sistêmica entre o art. 3º, inciso III, alínea “d” da Lei 13.979/2020 com o art. 20 da Lei 14.124/2021 e a decisão do STF na ADI 6.625 corrobora o entendimento de que a autorização e aquisição de imunizantes para enfrentamento da pandemia

decorrente do novo Coronavírus deve ser regida pela Lei 14.124/2021, e não pelo art. 19-Q da Lei 8.080/1990.

105. Ressaltou que, para dirimir os conflitos aparentes de normas, insere-se o princípio da especialidade, determinando que se afaste a lei geral (Lei 8.080/1990 – regras gerais do SUS) para aplicação da lei especial (Lei 14.124/2021 – vacinas e PNO).

106. Concluiu, dessa maneira, que, persistindo a situação de ESPII declarada pela Organização Mundial de Saúde, as necessidades de saúde deveriam ser atendidas pelos normativos editados para dar tratamento diferenciado à aquisição, regulação, uso e aplicação.

107. A AudSaúde apontou, como efeitos da situação, o atraso de pelo menos quatorze dias do início da vacinação infantil da faixa etária de 6 meses a quatro anos com comorbidades, exclusão de crianças desta faixa etária do processo de vacinação até a avaliação da Conitec e aprovação do SCTIE em final de dezembro de 2022 e retrabalho da equipe envolvida.

108. Após toda sua análise, a equipe de acompanhamento, considerando que a ESPII declarada pela OMS ainda estava, à época, vigente, e para evitar situações semelhantes, propôs dar ciência ao Ministério da Saúde que o procedimento estabelecido pelo art. 19-Q e 19-R da Lei 8.080/1990, para as autorizações de uso e aquisições de imunizantes a serem utilizados para enfrentamento da pandemia decorrente do novo Coronavírus, fere o art. 13 da Lei 14.124/2021 c/c art. 3º da Lei 13.979/2020, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6.625, e o princípio da especialidade, a exemplo da submissão das vacinas pediátricas da Pfizer da faixa etária de 6 meses a 4 anos à Conitec, uma vez que para tais casos, persiste a emergência de saúde pública de importância internacional declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

109. A referida equipe almejou, com essa proposta, contribuir para a agilidade no processo de autorização e aquisição de vacinas contra Covid-19, inclusive aquelas criadas com novas tecnologias, a fim de mitigar as ocorrências de morbidade e mortalidade decorrentes da doença.

110. Todavia, na esteira do titular da unidade (peça 981), considero já despicienda tal providência, uma vez que, em 5/5/2023 (posteriormente à instrução da equipe), a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19.

Sigilo das informações relativas ao estoque de vacinas

111. A unidade técnica constatou que o Ministério da Saúde atribuiu sigilo, na classificação reservada, por dois anos, às informações dos estoques dos imunizantes do Ministério da Saúde, alegando segurança do estado ou da sociedade.

112. Por conta desse fato, a unidade técnica propôs que seja apensada cópia do seu relatório ao TC 009.240/2022-5, que versa sobre representação sobre sigilo nos estoques de medicamentos e insumos do Ministério da Saúde. Todavia, tal medida não se mostra mais necessária, tendo em vista que o referido processo já foi apreciado por este Tribunal, por meio do Acórdão 1.380/2023-TCU-Plenário, e, na ocasião, foi identificado que o Ministério da Saúde, em 18/5/2023, levantou a restrição ao acesso das informações do estoque de insumos estratégicos para saúde e aos dados indicativos de insumos incinerados, vencidos e vacinas, nos seguintes termos:

(...) conferir maior transparência às informações processadas ou custodiadas atinentes aos IES adquiridos e distribuídos por este Ministério, garante, entre outras vantagens, um maior controle social, aprimoramento do processo de acompanhamento e de fiscalização de ações, solução de falhas dentro desse processo, além de certificar o atendimento da política desenvolvida. Saliento que o Parecer nº 95/2023/CGRAI/OGU/CGU (0033648336), de lavra da Controladoria-Geral da União (CGU), reafirmou o teor do Despacho Presidencial, publicado em 01/01/2023, o qual foi encaminhado ao Ministro de Estado da CGU, exigindo-se a revisão dos atos da gestão anterior que impuseram sigilo a documentos de acesso público. Nesse sentido, a CGU recomendou que esta Pasta revisitasse os atos que impuseram sigilo às informações.

Conforme estabelecido na Lei de Acesso à Informação - Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, devem ser assegurados o direito fundamental de acesso à informação, indicando, como diretrizes básicas, a publicidade como princípio geral e o sigilo como exceção; a cultura da transparência e o controle social da administração pública.

IV.4 - Cenário da pandemia no país

113. Desde o início da pandemia (declaração da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional/Espin, por meio da Portaria GM/MS 188, de 3 de fevereiro de 2020), até 22 de maio de 2022, data do encerramento da Espin, mediante a Portaria GM/MS 913/2022, o país tinha acumulado 30.778.607 casos notificados e 665.528 óbitos por Covid-19, conforme dados do Boletim Epidemiológico Especial 114 (peça 783).

114. 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 (peça 421).

115. Foram contratadas, desde o início da vacinação até novembro de 2022, em milhões de doses: 111 da CoronaVac, 283,9 da AstraZeneca; 38 da Janssen, 300 da Pfizer; 13,8 do Consórcio Covax Facility; e 5,4, objeto de doação, totalizando mais de 820 milhões de doses de vacina, com dispêndio de mais de R\$ 37 bilhões de reais.

116. Com o encerramento da Espin, a Anvisa prorrogou a validade das Autorizações de Uso Emergencial (AUEs) de medicamentos e vacinas até 22/5/2023 e atualizou as regras para os novos pedidos de AUE (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 688/2022). As vacinas da Pfizer, AstraZeneca e da Janssen possuem registro definitivo e o imunizante da Coronavac tem autorização de uso emergencial (AUE). Além destes produtos biológicos, possuem AUE os anticorpos monoclonais Sotrovimabe e Evusheld (Cilgavimabe + Tixagevimabe) (peça 685, p. 25).

117. Os medicamentos para uso no tratamento da Covid-19 que possuem autorização definitiva são Rendesivir e Baricitinabe, e os que detêm autorização de uso emergencial são o Paxlovid (Nirmatrelvir + Ritonavir) e o Molnupiravir (peça 685, p. 21). Houve, também, a autorização pela Anvisa, em 22/12/2022, para venda do medicamento Lagevrio (Molnupiravir), antiviral utilizado no tratamento da Covid-19, nas farmácias e hospitais particulares do país.

118. Em razão do fim da Espin e da redução do número de casos e óbitos, houve a flexibilização no controle de acesso de passageiros no país (Portaria Interministerial 678/2022), exigindo-se a apresentação à companhia aérea da carteira de vacinação ou comprovação de teste negativo, de antígeno ou RT-PCR, feito um dia antes do embarque. Além disso, ocorreu a diminuição do uso de máscaras e das medidas higiênicas de controle (lavar as mãos e uso de álcool em gel), retomando-se as situações de aglomeração.

119. O cenário de baixa de casos de contaminação e de óbitos veio sendo paulatinamente alterado (meio e final de 2022), por razões diversas, como a chegada do período de inverno, redução pela população do uso das medidas não farmacológicas, realização de grandes eventos e aglomerações sem os cuidados de proteção, e as subvariantes da VOC Ômicron, tais como BA.5 (BF.7, BF.14 e BQ.1), BA.4, e BA.2.

120. Registre-se que a OMS designou como “variantes de preocupação previamente circulantes” as variantes de preocupação (Variants of Concern - VOC) Alfa, Beta, Gamma e Delta e a VOC Ômicron e suas sublinhagens como “variantes de preocupação atualmente circulantes”, em consequência das respectivas tendências epidemiológicas.

121. No Brasil, predominam as subvariantes BA.4 e BA.5 (da Ômicron), conforme excerto do Boletim Epidemiológico 146 (peça 956, p. 67), e já foram identificadas em todas as 27 unidades da federação (UF).

122. Em razão dos aspectos acima registrados, o número de óbitos no país decorrentes da covid-19, na semana epidemiológica 52 (de 25/12 a 31/12/2022), cresceu, com queda registrada em número de casos, comparada com a semana anterior, conforme excerto do Boletim Epidemiológico Especial 146, p. 7. Foram 206.944 novos casos registrados (redução de 11% quando comparado ao número de casos registrados na SE 51) e um total de 1.110 novos registros de óbitos, representando um aumento de 26% (diferença de 230 óbitos) se comparado ao número de óbitos novos na SE 51 (880 óbitos).

123. Na semana epidemiológica 8 de 2023 (encerrada em 25/2/2023), os dados demonstraram um aumento dos casos de morbidade e mortalidade resultante de SRAG e que, dentre os vírus respiratórios que provocam a SRAG, a maior incidência de morbidade e mortalidade decorre do vírus Sars-CoV-2.

124. Quanto à reinfecção pelo vírus da covid-19, o maior número de casos registrados foi da VOC Ômicron e até a SE 52 de 2022, foram registrados 125 casos de reinfecção no País, em quatorze UF. E, dos casos de reinfecção investigados, 25 são identificados pela variante de preocupação (VOC) Gamma, sete casos pela VOC Delta e sessenta casos pela VOC Ômicron.

125. Em 5/5/2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à covid-19.

126. O Ministério da Saúde informou, ainda, que acompanha a situação epidemiológica semanal do mundo, dos continentes e dos países que fazem fronteira com o Brasil, por meio do documento “Avaliação de risco no cenário da Covid-19”.

127. Os casos de morbidade ambulatorial e hospitalar acerca das manifestações pós-Covid-19 ainda estão sendo quantificados, uma vez que os registros oficiais passaram a ser feitos a partir de fevereiro de 2022, contemplando, até julho deste ano, cerca de 53 mil atendimentos na atenção primária para as condições pós-Covid-19, e foram diagnosticados 747 casos de SIM-P, em 2020, com 50 óbitos; 824 casos de SIM-P, em 2021, com 53 óbitos e 2 casos de SIM-A; e 328 casos de SIM-P, em 2022, com 26 óbitos, e 1 caso de SIM-A, até o mês de outubro de 2022. Os números iniciais, portanto, aparentemente não impactam a oferta de leitos clínicos e leitos de UTI.

IV.5

Legado da pandemia em termos de normativos, planos e estrutura de saúde

128. Em primeiro lugar, a unidade técnica registrou ter observado em todo o acompanhamento que fez que o Ministério da Saúde apoiou os entes subnacionais com compras de medicamentos, inclusive vacinas, insumos e equipamentos, habilitação de leitos e repasse de recursos financeiros para incentivar programas de saúde, a exemplo do programa saúde na hora, agentes comunitários de saúde, saúde da família. Este apoio está fundamentado no art. 16, inciso XIII da Lei 8.080/1990.

129. Contudo, pontuou que, após adquirir os medicamentos, insumos e equipamentos e distribuir para os entes subnacionais, o órgão ministerial não exerce em sua plenitude a competência estabelecida no art. 16, inciso XVII da Lei 8.080/1990, qual seja, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

130. É sabido que a competência originária para controlar tais bens e ações cabe aos entes subnacionais, porém, como frisou a unidade técnica, o Ministério da Saúde deve exercer o papel definido no art. 16, inciso XVII da Lei 8.080/1990, considerando ainda o seu dever de coordenador nacional das políticas de saúde.

131. Por fim, asseverou que a consequência positiva da pandemia é os legados deixados pelos investimentos e pelas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nos diversos aspectos de governança da saúde e o aprendizado pelas autoridades, gestores e profissionais de saúde para o enfrentamento dessa doença.

Estratégia de notificação dos casos no Brasil

132. O número real de óbitos decorrente de Covid-19 é dado de difícil mensuração, pois há muitas variáveis a serem consideradas, como, dentre outras, subnotificações. Assim, a OMS ponderou que, para muitos países, o conceito de excesso de mortalidade (a diferença entre o número total de mortes ocorridas em uma situação de crise em comparação com o esperado em condições normais) seria mais preciso para mensurar o real impacto da pandemia.

133. Nesse contexto, aquela organização apresentou estimativa, com base no conceito de excesso de mortalidade, em que o número real de mortes associadas direta ou indiretamente à covid-19 em todo o mundo seria de 14,9 milhões para 2020 e 2021 (intervalo de 13,3 milhões a 16,6 milhões), quando o número oficial de óbitos até então apresentado, tendo como base os óbitos acumulados em todos os países até 31/12/2021, oscilou entre 5,45 milhões (de acordo com a OMS) e 5,47 milhões (de acordo como portal Our World in Data).

134. Tal discrepância apontou para a necessidade de não somente se investir em sistemas de saúde resilientes que possam sustentar serviços de saúde essenciais durante períodos de crises (como da pandemia), mas também em sistemas de informações em saúde mais robustos.

135. E é nesse pormenor que o Brasil demonstrou o quão bem o sistema de saúde conseguiu identificar óbitos por Covid-19.

136. Veja-se, para obter a situação brasileira, utilizou-se as diretrizes da OMS (conceito de morte excessiva), inseridas no documento denominado *Methods for estimating the excess mortality associated with the Covid-19 pandemic*, que consistiu, em suma, na comparação dos dados de mortalidade registrados entre 2015 e 2019 para traçar, a partir do modelo de regressão binomial negativa, as mortalidades previstas para 2020 e 2021. Em posse dessas estimativas, observou-se o número de total de mortes efetivamente registradas em 2020 e 2021, para prever o excesso de mortalidade esperado e os óbitos oficiais por Covid-19 nos respectivos anos. Detalhes sobre a metodologia se encontram no relatório precedente, no item “Legado da Pandemia da Covid-19”.

137. E os resultados obtidos demonstrou que a forma que os óbitos de Covid-19 registrados no Brasil refletiram, de fato, o impacto e a gestão da pandemia e quão bem o sistema de saúde brasileiro conseguiu identificar óbitos por Covid-19.

138. É que a estratégia de notificação compulsória de casos de Covid-19 adotada pelo Brasil, com dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, mostrou-se razoável para indicar a extensão, de modo tempestivo, da magnitude da pandemia no Brasil, ao menos no que concerne aos dados de mortalidade.

139. O ponto é que, ao se considerar o excesso de mortalidade previsto para o Brasil para 2020 e 2021 em relação aos óbitos oficiais por Covid-19 registrados diariamente, o Brasil foi o país que apresentou maior coincidência de registros: excesso de mortalidade de 635.397 frente a 619.056 óbitos por Covid-19 notificados (diferença de 2,64%). Os dados variaram muito entre os países, o que é um indicativo de que identificar os óbitos por Covid-19 foi um desafio para sistemas de saúde em todo o mundo.

140. Segundo os cálculos feitos, em 2020 e 2021, o Brasil teve 23,1% a mais óbitos do que o previsto para aqueles anos. Em relação aos demais países do continente com dados disponíveis, o percentual brasileiro foi inferior ao observado na Bolívia (49,9%), Equador (43,0%), México (39,2%), Colômbia (32,1%), Paraguai (26,1%) e Cuba (23,3%), e superior ao identificado nos Estados Unidos (16,3%), Costa Rica (13,9%), Uruguai (4,5%) e Canadá (3,3%) – os demais países não apresentaram dados completos sobre mortalidade. Em relação aos BRICS, África do Sul e Rússia apresentaram dados de mortalidade superiores aos do Brasil, 23,2% e 30,7%.

141. Em termos domésticos, os dados também apresentaram variações significativas. Rondônia, Amazonas e Roraima – três estados da região norte – tiveram os maiores incrementos de óbitos em 2020 e 2021 em relação ao esperado para aqueles anos, com aumentos respectivos de 43,7%, 42,2% e 40,4%, seguidos de perto por Mato Grosso (37,41%) e Distrito Federal (35,6%). No outro extremo, Alagoas, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul tiveram os menores aumentos de óbitos, de 13,2%, 15,0% e 15,0%.

142. Ao se comparar os dados dos entes subnacionais de excesso de mortalidade observada em relação ao estimado com o número oficial de óbitos por Covid-19 disponibilizados em 31/12/2021, os dados se mostram bem mais homogêneos do que os da comparação internacional, sendo que para 26 das 27 UFs essa variação foi de até 25%. O caso exorbitante foi o Maranhão, que apresentou um excesso de mortalidade de 16.647 e 10.377 óbitos por Covid-19 (diferença de 60,42%).

143. Como registrou a unidade técnica, os dados de excesso de mortalidade ainda indicam que a dimensão da pandemia no Brasil, no que concerne à perda de vidas humanas, foi mediana, porém, não menos difícil, em relação a outros países das Américas (ressaltando-se que para vários deles não havia dados disponíveis), mas superior às registradas em países mais desenvolvidos, como da União Europeia, ao que se reputa que o processo de notificação de casos (e-SUS Notifica) e de óbitos (SIM) pelos sistemas informatizados do SUS foi o responsável para que estes dados se mostrassem mais aderentes com a estimativa levantada.

Capacidade de resposta do sistema de saúde

144. A unidade técnica apresentou as respostas da assistência primária à saúde (APS), assistência especializada, assistência farmacêutica, e vigilância em saúde que contribuíram para o enfrentamento da pandemia e podem ser referências de atuação, caso, eventualmente, situação emergencial dessa natureza e envergadura venha novamente ocorrer.

145. A Assistência Primária à Saúde (APS), por exemplo, possui grande capilaridade nos municípios brasileiros. Possui estruturas instaladas em todo território nacional e apresenta capacidade de resposta imediata a possíveis novos alertas em Saúde Pública no futuro, estando presente nos 5.570 municípios, tendo cobertura de 72,6% da população com 154.848.168 pessoas cadastradas, contando com 51.622 equipes de saúde (3.887 equipes de Atenção Primária e 47.735 equipes de saúde da família) e com o apoio de quase 266 mil Agentes Comunitários de Saúde. Suas essas estruturas, permanente e a temporária, têm a capacidade de resposta imediata para o cuidado da população na assistência primária à população.

146. Tal estrutura atuou no processo de testagem e vacinação contra Covid-19, juntamente com as atividades ordinárias da prevenção e cuidado com a saúde.

147. O Ministério da Saúde descentralizou recursos financeiros para Estados e Municípios para ações específicas decorrentes dos avanços e das necessidades criadas pela pandemia para fortalecer os meios de resposta da assistência primária à saúde.

148. Como pontou o órgão instrutivo, essa estrutura capilarizada da assistência primária à saúde é o diferencial de atuação do SUS, que leva a execução das políticas de saúde aos mais longínquos locais de todo o território, tanto na prevenção como no cuidado com a saúde da população, em atuação conjunta de municípios, estados e União.

149. De outro lado, tem-se a assistência especializada em saúde, com a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD) responsável pela execução das diretrizes e organizações básicas do componente hospitalar no âmbito do SUS, pelas habilitações/deshabilitações das Unidades de Terapias Intensivas (UTI), e pelas reclassificações dessas unidades solicitadas pelo gestor local.

150. Diante do cenário da pandemia, em 2020, com o aumento dos casos graves e do número de internações e óbitos, houve a necessidade da ampliação dos leitos de UTI específicos para a Covid-19, uma vez que a rede de saúde dos estados e municípios, na atenção primária e nos serviços especializados, foi ficando paulatinamente sobrecarregada.

151. Dessa forma, para apoiar estados e municípios, o Ministério da Saúde passou a habilitar e financiar novos leitos emergenciais no enfrentamento da doença e aumentar a capacidade de atendimento, especialmente em UTI-Covid-19, adulto e pediátrico, chegando ao total de 30.303 leitos, aptos a serem utilizados no atendimento do cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave em saúde. Foi autorizada, também, a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar (Hospital de Campanha) e os chamados leitos de suporte ventilatório pulmonar (LSVP).

152. Para dar suporte estrutural para os leitos que foram habilitados, o MS distribuiu 450 monitores hospitalares no ano de 2020 e mais 1000 no ano de 2021. Ainda, no exercício de 2020, foram distribuídos para os entes subnacionais 10.109 respiradores pulmonares e, no ano de 2021, 7.782. Deste quantitativo, 10.109 foram respiradores para utilização em UTI e 7.782 respiradores para uso em Transporte de pacientes. A Pasta Ministerial distribuiu, ainda, no ano de 2020 e 2021 um total de 1.450 monitores multiparâmetros, e, em 2022, enviou mais 3.050 monitores para auxiliar os estados e municípios no combate do novo coronavírus.

153. Para financiamento dos leitos de UTI, envolvendo habilitação e prorrogações, foram despendidos cerca de R\$ 14,18 bilhões. Os leitos LSVP envolveram dispêndio de recursos no valor de R\$ 573,2 milhões, com habilitação de 1.918 leitos e autorização de mais 3.223 leitos. Todos esses dados foram registrados no painel LocalizaSus e acessados em 22/11/2022.

154. Outra estratégia relevante no contexto da pandemia foi o da UPA 24h, em razão de, além de prestar o atendimento ambulatorial de urgência e o atendimento intermediário, atuar na rede como pontos de triagem para detecção e confirmação de casos suspeitos de Covid-19 buscando o adequado referenciamento e contrarreferenciamento. Com o agravamento do cenário imposto pela pandemia, atuou também na estratégia de ampliação de leitos na rede. O Ministério da Saúde autorizou, em 2021, um total de 597 leitos em 95 UPA-24h, realizando um investimento de R\$ 58,9 milhões para repasse aos municípios para funcionamento destes leitos.

155. Por sua vez, a Assistência Farmacêutica contribuiu com a aquisição de estoque estratégico para apoiar os estados e municípios com medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, dentre outros, utilizados pelos hospitais para o combate à Covid-19, sendo chamados de *kit* intubação.

156. Em meados de junho de 2020, quando o Ministério da Saúde tomou conhecimento do risco de desabastecimento de anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, nos entes estaduais, municipais realizou, com o apoio do Ministério da Defesa (MD), tratativas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), Procuradoria Geral da República (PGR), Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), laboratórios farmacêuticos nacionais e entidades representantes, para identificar os possíveis problemas na aquisição dos medicamentos em questão.

157. A sistemática de monitoramento da distribuição dos medicamentos para intubação orotraqueal (IOT) às Unidades Federativas (monitoramento e a avaliação tripartite, operacionalizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e pelo Departamento de Logística (DLOG), cujas informações são enviadas ao Conass e Conasems para que disseminem às secretarias de saúde interessadas, que por sua vez informa localmente), mitigou o risco de falta de medicamentos IOT durante a pandemia, especialmente nos momentos de pico, uma vez que possibilitou aquisições e requisições administrativas pelo Ministério da Saúde para suprir a demanda

crecente nos momentos críticos, possibilitando uma visão sistêmica e atualizada dos estoques e da demanda.

158. Todavia, tal monitoramento não foi realizado, infelizmente, no caso do suprimento de oxigênio medicinal, ocorrendo sua falta na cidade de Manaus, em janeiro de 2021, sendo feita verdadeira operação de guerra, na tentativa de mitigar os danos aos pacientes (transporte de pacientes para outras cidades, envio de cilindros de oxigênio por aeronaves da Força Aérea Brasileira, aquisição e instalação de usinas de oxigênio hospitalar).

159. Assim, a Assistência Farmacêutica contribui para a constituição de estoque estratégico de reserva dos medicamentos de IOT equivalente a 60 dias de consumo, baseada na média das primeiras 60 semanas de monitoramento; estabelecimento de metodologia para monitoramento do estoque estratégico de IOT, obtendo informações de demanda junto aos estados e municípios em parceria com o Conass e Conasems; manutenção do quantitativo de medicamentos para IOT registrado em Ata para pronta execução; no desenvolvimento de plano estratégico de gestão de risco sobre medicamentos IOT.

160. Por fim, a Vigilância em Saúde, em conjunto com a vigilância epidemiológica e sanitária realizada pela Anvisa, são os instrumentos de ação do SUS para impedir ou mitigar a entrada e disseminação pelo país de comorbidades introduzidas por vetores, humanos ou não.

161. Tal vertente contribuiu com várias ações durante o período de pandemia, que servem como referências para eventuais emergências em saúde pública, nos moldes da desenvolvida pela Covid-19: (a) definição e atualização das diretrizes nacionais da vigilância epidemiológica da Covid-19 (SUS, Saúde Suplementar e Saúde Privada); (b) elaboração e atualização de publicações técnicas acerca das diretrizes nacionais sobre Covid-19, a exemplo do Guia de Vigilância Epidemiológica; (c) aquisição de equipamentos e insumos para os Lacen para realização de sequenciamento genômico, a fim de aumentar significativamente o quantitativo de genomas disponíveis; (d) capacitação sobre vigilância epidemiológica da Covid-19 para qualificação dos profissionais de vigilância epidemiológica dos estados e municípios; (e) treinamento das equipes dos laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; (f) aumento de capacidade de exames pelos Laboratórios Centrais (Lacen); e (g) desenvolvimento da Rede Genômica para sequenciamento dos genomas e identificação de variantes com aquisição de equipamentos e insumos, além da capacitação do pessoal para implantação da técnica de sequenciamento genômico na rotina laboratorial.

Sistemas de informações da pandemia

162. O Ministério da Saúde criou sistemas informacionais e painéis alimentados com os sistemas existentes, associados a marcadores da Covid-19, para ter informações pertinentes ao controle da doença, gerando também elemento de transparência das ações realizadas no enfrentamento da pandemia, a exemplo dos:

- a) Painel Covid, disponível em <https://covid.saude.gov.br>, dar ampla publicidade a dados de casos e óbitos confirmados por Covid-19 fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) Tabnet, portal que possibilita acesso a informações sobre saúde pública de natureza sanitária e epidemiológica, tendo sido criada uma aba de pesquisa Coronavírus (Covid-19), trazendo informações específicas da doença;
- c) *OpenDatasus*, portal em formato aberto onde são catalogados pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação (Demas) metadados encaminhados por áreas técnicas do órgão, de modo a se manter atualizado contendo descrição, contatos dos responsáveis pelas informações e outros metadados associados. Já estão presentes no portal mais de 18 *Datasets* com os respectivos registros, dicionários de dados e um conjunto de

- rotinas e padrões de programação para acesso por meio de *Application Programming Interface* (API), inclusive sobre Covid-19;
- d) Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), sistema que objetiva coletar dados e dar publicidade sobre o perfil da mortalidade no país, que conta com ambiente de compartilhamento *on line* de acesso restrito a usuários cadastrados. A publicidade de seus dados é dada por meio de portais do Ministério da Saúde, como o Tabet e o *OpenDatusus* e passou a ter marcadores de óbitos por Covid-19;
 - e) Painel LocalizaSus, painel que permite consulta sobre vacinas, testes, medicamentos, contratos e execução financeira; e
 - f) Conecte SUS Cidadão, ferramenta que disponibiliza o conjunto integrado de informações em saúde do país. Na plataforma é possível que o cidadão consiga, por meio de um dispositivo móvel ou acesso web, visualizar seu histórico clínico, que apresenta: o Certificado Nacional de Vacinação Covid-19; a Carteira Nacional de Vacinação Digital; o Resultado de exames laboratoriais de Covid-19 realizados; os Medicamentos dispensados; outros serviços oferecidos pelo SUS.

163. A unidade técnica ressaltou, por oportuno, que as informações oficiais do governo tiveram a concorrência de informações falsas, robustamente noticiando pelas redes sociais desinformações para população sobre a doença, uso de medicamentos, descrédito da vacina, combate ao uso de máscaras, que acabaram por contribuir com o aumento de casos e óbitos e dificultar a execução das políticas de saúde para o enfrentamento da pandemia.

164. Destacou que o Tribunal, por meio do item 9.1.1.1 do Acórdão 1.873/2021-TCU-Plenário, determinou ao Ministério da Saúde que executasse o Plano de Comunicação, buscando articulação com os entes subnacionais, com o intuito de esclarecer a população sobre 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.

165. E que, no monitoramento feito no sétimo ciclo do acompanhamento, foi verificado o cumprimento parcial daquela determinação. É 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 ao combate a *fake news*.

166. Todavia, no presente ciclo, o Ministério da Saúde complementou as informações e apresentou as ações de publicidade realizadas no segundo semestre de 2021 e 2022 (até setembro), para orientação da população acerca do enfrentamento da pandemia, que demonstram de maneira geral a evolução das campanhas, mas que poderiam ter sido intensificadas e aprimoradas, desde o início da pandemia, acerca das medidas não farmacológicas, testagem e vacinação como meios de prevenção da covid-19.

V

Considerações sobre os primeiros dois anos de pandemia

167. Postos os legados apontados pela unidade técnica, considero importante fazer um registro, ainda que não exaustivo, acerca da gestão da pandemia nos seus dois primeiros anos, fruto das constatações feitas por este Tribunal ao longo desses ciclos de acompanhamento.

168. Conforme dados do Boletim Epidemiológico Especial 114, até 22/5/2022, data do encerramento da Espin, o país tinha acumulado 30.778.607 casos notificados e 665.528 óbitos por covid-19. Em 18/12/2022, os casos chegavam a 35.901.978 e as mortes, a 691.883.

169. Em 5/7/2023, o Brasil somava diagnósticos registrados confirmados de 37.693.506 casos da doença e 704.320 mortes, liderando na América Latina em número de mortos e ocupando o segundo lugar em número de morte/milhão de habitante. No mundo, na mesma data, o país ocupava o 17º lugar em número de morte/milhão de habitante. Até 8/9/2023, já eram 37.783.855 casos confirmados e 705.172 mortes.

170. Não há como não se perguntar o que poderia ter sido feito para evitar tal cenário.

171. Entre o início da pandemia (2020) e a realização das primeiras vacinações (jan/2021), os únicos métodos a evitar o contágio da doença e as consequentes mortes, para as pessoas possíveis, eram eminentemente comportamentais – distância social e medidas sanitárias. Para implementação de orientações firmes nesse sentido, seria necessária a realização de ampla campanha de comunicação com a população e a escorreita conduta dos modelos de autoridade.

172. E, a par do desconhecimento pelos profissionais de saúde, àquela altura, dos efetivos protocolos aplicáveis à nova doença, eram necessárias, por parte das autoridades competentes, adoção célere de providências para dotar as instituições de saúde dos insumos necessários, inclusive a testagem em massa, que é, segundo a OMS, medida essencial para a identificação de casos suspeitos, de contactantes e de focos de transmissão da covid-19, para permitir a adoção de ações mais efetivas direcionadas ao combate de sua disseminação.

173. Ainda, considerando o conhecimento da aderência entre a vacinação e o recuo de mortes por doenças, todas as providências possíveis e inimagináveis deveriam ser tomadas na busca por imunizantes na primeira hora possível.

174. Infelizmente não foi isso que se constatou nos trabalhos efetuados por este Tribunal nos acompanhamentos das medidas adotadas pelo governo federal para o enfrentamento da pandemia da covid-19, mormente nos dois primeiros anos.

175. Por óbvio que a adoção dessas providências era desafiadora, pois o problema enfrentado era de caráter extraordinário e emergencial. As ponderações que a seguir faço não ignora tal circunstância.

176. Contudo, o sucesso e a tempestividade de sua realização requeriam, no mínimo e inicialmente, uma boa governança do processo. E, nesse pormenor, se verificou grande imbróglio. Desde os primeiros meses, já foi possível perceber a ausência de planejamento e coordenação federal no enfrentamento da pandemia.

177. Já em julho/2020, cinco meses após o início da pandemia, verificou-se que o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCoV), criado em fev/2020 como ferramenta estratégica para coordenação e alinhamento das diversas iniciativas e ações do Ministério da Saúde na resposta à emergência de covid-19, inclusive, com a função de propor a aquisição de bens e a contratação de serviços, não estava exercendo o papel de articulação e coordenação do enfrentamento da pandemia, porque, dentre outras, na prática, as decisões propor a aquisição de bens e a contratação de serviços estavam sendo tomadas pelos secretários das áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

178. Mesmo em out/2020, com oito meses de pandemia, ainda não havia sido verificada sua boa atuação, pois não se constatou, em regra, sua articulação com os estados, Distrito Federal e municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos para o combate à covid-19 nem qualquer tipo de atuação sobre a estratégia de testagem na política de combate à pandemia ou registro formal de proposição para a requisição administrativa dos medicamentos no processo de aquisição (posteriormente, ao final de 2020, a atribuição de estratégias de aquisição, contratação e requisição de bens e serviços foi dele retirada).

179. Constatou-se, ademais, superposição das competências do Comitê de Crise da Presidência da República, instância máxima a decidir e a assessorar o Presidente da República no enfrentamento da

crise de covid-19, e do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional GEI-ESPII, com falta de clareza na definição formal de funções e responsabilidades das estruturas e dos arranjos institucionais (foi informado posteriormente que esse último nunca se reuniu).

180. Por sua vez, o Gabinete de Crise da Covid-19 do Ministério da Saúde, ainda em julho/2020, não tinha estrutura formalmente instituída (competências, composição e periodicidade das reuniões); e, em out/2020, ainda estava em análise pelo gabinete do ministro da saúde uma proposta de portaria para regulamentar seu funcionamento.

181. Apenas com cinco meses de pandemia, já havia tido a troca de dois ministros da saúde e alteração de grande parte da equipe técnica, o que constituiu grande fragilidade na governança do ministério. Se considerar o período de 2020/2022, houve quatro ministros de estado diferentes, seis secretários-executivo, quatro secretários da ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos, quatro secretários de atenção especializada à saúde, três secretários de atenção à saúde, dois secretários de vigilância em saúde, dois secretários da gestão do trabalho e da educação em saúde, dois secretários de atenção primária, dois diretores do departamento de logística em saúde e dois diretores do departamento de imunização de doenças transmissíveis.

182. Aliás, essa constante rotatividade dos dirigentes acarretou, como já dito, retrabalhos, ineficiências e morosidade dos processos internos do órgão e do atendimento das necessidades públicas, refletindo negativamente na direção e na execução das políticas para o enfrentamento da pandemia.

183. O plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus, elaborado pelo Ministério da Saúde, ainda em julho/2020 carecia de plano tático-operacional detalhado para a viabilização das medidas nele mencionadas. Mesmo em final de novembro/2020, ainda não havia sido feita a revisão do referido plano.

184. Tal fato demonstrou a inexistência de um planejamento do Ministério da Saúde minimamente detalhado para o combate à pandemia passados já nove meses desde seu início. Senão para assegurar a efetividade da ação governamental no combate à pandemia, ao menos para evitar desperdício de recursos e duplicidade de esforço, como se viu em grande escala.

185. Este Tribunal, aliás, em junho/2020 (Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário), ao analisar o Centro de Governo (CG), instância máxima a decidir e a assessorar o Presidente da República no enfrentamento da crise de covid-19, já havia alertado o governo federal acerca da ausência de diretriz estratégica clara de enfrentamento à covid-19 e da ausência de um plano de comunicação abrangente.

186. Isso porque foi observada a ausência de referencial estratégico estabelecido pelo CG para combate à disseminação e tratamento mais adequado da covid-19. Igualmente não foi identificado um modelo de mapeamento e gestão de riscos e foi percebido o enfraquecimento da estratégia de comunicação, com o fim das coletivas de imprensa diárias, previstas no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

187. Sobressaia-se notória ausência de estratégia clara e sinérgica por parte do alto escalão governamental integrante do então Centro de Governo - CG para o enfrentamento da pandemia e uma hesitação do governo central em assumir a protagonismo que dele era esperado na condução das ações de combate à essa grave crise de saúde, como consignei no âmbito dos Acórdãos 1.616/2020, 4.075/2020 e 1.533/2021, todos do Plenário.

188. Ressaltei à época que a situação excepcional que vivia o país impunha uma maior atenção ao princípio da transparência, como forma de assegurar o direito à informação da população em geral e possibilitar o controle social das ações do governo, ante à ausência de um plano de comunicação coordenado e abrangente.

189. A preocupação era a disseminação desenfreada de *fake news* em relação à falsa possibilidade de prevenção farmacológica de contaminação por covid-19 e à divulgação de medidas que visavam a desacreditar a importância da vacinação em massa da população como forma de frear o contágio e as mortes dele decorrentes.

190. Todavia, em out/2020, apesar de terem sido informadas várias iniciativas de comunicações, a grande maioria eram estratégias digitais e não garantiam uma comunicação eficiente, uma vez que no Brasil, de acordo com o IBGE (2018) cerca de 46 milhões de pessoas não utilizavam a internet, além de terem um alcance limitado, ante o caráter de passividade.

191. Ainda, como a principal medida de combate à pandemia em 2020 era de caráter comportamental, a depender das condutas dos indivíduos em seu convívio social, uma estratégia de comunicação nesse sentido era fundamental (orientações de saúde para o público em geral), o que não se constatou à época.

192. E, nesse particular, não me furto de ressaltar que muitas figuras de autoridade trabalharam em desserviço da coletividade, ao bradarem a singeleza da doença, a ineficácia das vacinas, a utilidade de fármacos preventivos ineficazes e a inutilidade de medidas como o isolamento social e o uso de máscaras, reforçando os fatos com mau exemplo, reproduzidos por muitos insensatamente.

193. Somente em junho/2021, foi apresentado plano de comunicação em que restou fixada a estratégia de comunicação do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia fundada em três pilares: reforço da importância das medidas não farmacológicas, vacinação e estratégia de testagem da população. Em set/2021 foi apresentado pelo Ministério da Saúde as ações de comunicação realizadas em 2020 e aquelas que estavam em desenvolvimento ou com expectativa de que seriam executadas em 2021. Todavia, sem detalhamento das ações de comunicação institucional para 2022.

194. **Naquele ano de 2020, morreram no Brasil, por covid, 194.949 pessoas (podendo ter sido até, de acordo com estudo da Fiocruz, 230.542).**

195. Como dito, a testagem em massa é medida essencial para a identificação de casos suspeitos, de contactantes e de focos de transmissão da covid-19, para permitir a adoção de ações mais efetivas direcionadas ao combate de sua disseminação.

196. Todavia, como se verificou, desde o início da pandemia até 20/9/2021, o Ministério da Saúde havia distribuído apenas 39.868.631 de testes aos entes subnacionais, sendo 20.420.097 em 2020 e 19.448.534 em 2021, o que representou um percentual de testagem, nesse último ano, de tão somente 9,17 % da população brasileira, estimada em 213,4 milhões (partindo da premissa de que determinada pessoa tenha sido testada apenas uma única vez).

197. Apesar de, desde outubro de 2020, este TCU já apontar a necessidade de definição e adoção de um programa nacional de testagem, somente em set/2021 o aludido ministério apresentou a este Tribunal documento denominado "Diagnosticar para Cuidar", atualizado com o Plano Nacional de Expansão da Testagem para Covid-19, o que evidenciou lentidão na aprovação e execução de tal programa.

198. Em relação à imprescindível adoção célere e planejada de providências para dotar as instituições de saúde dos insumos necessários ao combate da covid, como constatado, em out/2020 ainda não havia plano que identificasse e formalizasse de forma clara a estratégia de enfrentamento à crise e sua operacionalização. A busca por informações sobre estratégia de aquisições para o combate à covid-19 restou infrutífera.

199. Como registrado pelo Ministro Benjamin Zymler, por ocasião da apreciação do terceiro ciclo, em outubro de 2020:

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

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

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

196. Ocorreu exatamente o que era previsível àquela altura, a chegada da 2ª onda de covid no país.

197. Caso emblemático foi a falta de fornecimento de oxigênio aos pacientes hospitalizados no estado do Amazonas em decorrência da segunda onda de covid-19, no mês de janeiro de 2021, que levou a cidade de Manaus a um cenário de caos. Foram reportadas aterradoras 31 mortes por falta de oxigênio em dois dias, tendo sido necessário enviar pacientes para outros estados e a aquisição, pelos familiares, de cilindros de gás para aqueles ainda internados. Em que pese ser de competência primária dos entes subnacionais gerir e executar os serviços públicos de saúde local, ao Ministério da Saúde, como órgão central de saúde, cabia exercer, mormente frente ao enfrentamento de uma pandemia, como era o caso, o estrito controle e monitoramento dos insumos estratégicos a nível nacional.

198. Como frisou o MPTCU à peça 630, “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”.

199. Por fim, a vacina era a única solução definitiva para a diminuição da letalidade da doença e para possibilitar o retorno, ainda que paulatino, à vida cotidiana pré pandemia. A conduta esperada das autoridades competentes, considerando a escassez e a corrida por vacinas no mundo, era, conforme Relatório Final da CPI da Pandemia, p. 219:

(...) 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.

200. A respeito do tema, trago a lume o entendimento esposado pelo MPTCU, cuja análise na íntegra pode ser vista à peça 630, acerca da vacina Pfizer, no sentido de 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”.

201. A par de todas as dificuldades inerentes àquele tipo de vacina (logística de distribuição, armazenamento, procedimentos autorizativos do seu uso no país etc), frisou o MPTCU a ausência de tempestividade na busca de soluções para os diversos possíveis fatores que teriam impedido o progresso das negociações com o governo brasileiro.

202. O **Parquet** ressaltou que, embora não haja, de fato, segurança em se afirmar que a aceitação de pronto pelo governo brasileiro das primeiras ofertas da Pfizer em agosto/2020 resultaria no início da campanha vacinal antes de 18/1/2021, como ocorreu, “certamente 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” (Chile, México e Costa Rica receberam os primeiros lotes da vacina da Pfizer ainda em 2020). As primeiras doses da Pfizer somente foram recebidas pelo Brasil no segundo trimestre de 2021.

203. Em janeiro de 2021, morreram cerca de 29 mil brasileiros e, em fevereiro do mesmo ano, 30 mil. Março de 2021 foi o mês com o maior número de mortes de toda a pandemia: mais de 66 mil pessoas.

204. Para a realização da campanha de vacinação, era necessário, dentre outras, garantir o quantitativo adequado de agulhas e seringas. O processo de aquisição desses materiais restou fracassado em alguns itens, obtendo sucesso em apenas 25,3% do quantitativo de outro licitado (TC 047.721/2020-0; Acórdão 1.830/2022-TCU-Plenário). À época, ficou evidenciado 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.

205. Mesmo considerando que o início lento do processo de vacinação da população brasileira, em 2021 fez com que o atraso na aquisição de agulhas e seringas em 2020 não trouxesse maiores prejuízos, como foi entendido à época por este Tribunal, não há como se ignorar, como apontou o MPTCU à época, que a condução lenta do Ministério da Saúde no caso é 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.

206. **Naquele ano de 2021, tivemos outras inimagináveis 412.880 mortes por covid.**

207. Com o avanço da vacinação em 2021, o número de óbitos reduziu drasticamente em 2022 em relação à 2021 (cerca de 80%). Segundo o IBGE, a partir de dados dos cartórios de registro civil, a covid 19, em 2022, deixou o topo da lista de causas de óbitos, caindo para a sétima posição (em 2020 e 2021 ocupava a primeira colocação).

208. Todos esses acontecimentos e suas duras consequências devem, individual, coletiva e institucionalmente, nos servir como lição para não os repetir.

VI

Lições aprendidas e proposições

209. Dessa forma, a pandemia de covid-19, que trouxe, inapelavelmente, muitos desafios, também ofereceu ao mundo várias lições importantes. Permito-me listar algumas dessas lições aprendidas a partir do observado ao longo dos oito ciclos de acompanhamento realizados pelo TCU e, também, tomando por base o exemplo de aspectos relevantes de diversas nações que melhor lidaram com a pandemia:

(a) importância da ciência: a pesquisa científica foi fundamental para entender o vírus e desenvolver vacinas em tempo recorde;

(b) cooperação global: a pandemia destacou a necessidade de colaboração internacional em pesquisa, compartilhamento de informações e recursos;

(c) sistemas de saúde robustos: a importância de ter sistemas de saúde robustos e preparados para responder rapidamente a surtos foi crucial;

(d) comunicação clara: a comunicação clara e baseada em evidências por parte dos governos e organizações de saúde foi outro aspecto tido como vital para ganhar a confiança do público e garantir a adesão às medidas de prevenção;

(e) valor dos profissionais da Saúde: os profissionais de saúde estiveram na linha de frente, arriscando suas vidas, sendo reconhecidos como heróis em muitas nações;

(f) resiliência econômica: a necessidade de sistemas econômicos flexíveis e adaptáveis tornou-se evidente, dada a interrupção das atividades econômicas;

(g) digitalização: a pandemia acelerou a transição para o trabalho remoto, ensino à distância e serviços digitais, mostrando a importância da infraestrutura digital.

210. Estas são apenas algumas das muitas lições aprendidas. A pandemia foi um lembrete de quão interconectado é o mundo moderno e de como a preparação e a cooperação são essenciais em tempos de crise global.

211. De igual modo, lidar com futuras pandemias exigirá uma combinação de preparação, resposta rápida e cooperação global. Precisamos usar “o tempo de paz” para planejar e nos preparamos para possíveis futuros “momentos de crise”. Aqui estão algumas recomendações com base nas lições aprendidas com a covid-19 e outras pandemias anteriores:

(a) investimento em pesquisa: investir em pesquisa aplicada sobre patógenos para entender melhor sua biologia, transmissão e impacto;

(b) vigilância e detecção: estabelecer sistemas de vigilância eficazes para detectar e relatar rapidamente surtos iniciais de doenças;

(c) cooperação internacional: fortalecer a colaboração entre países e organizações internacionais para compartilhar informações, recursos e melhores práticas;

(d) estoques de emergência: manter estoques nacionais e globais de equipamentos médicos essenciais, medicamentos e vacinas;

(e) treinamento: treinar profissionais de saúde e outros trabalhadores essenciais em procedimentos de controle de infecções e resposta a pandemias;

(f) apoio à saúde mental: reconhecer e abordar os impactos psicológicos de uma pandemia, oferecendo suporte e recursos à população;

(g) revisão e aprendizado: após qualquer surto ou pandemia, realizar uma revisão abrangente para entender o que funcionou, o que não funcionou e como melhorar a resposta no futuro;

(h) fortalecimento dos sistemas de saúde: investir em sistemas de saúde resilientes que possam lidar com o aumento da demanda durante uma pandemia;

(i) preparação econômica: desenvolver estratégias para apoiar a economia durante interrupções massivas, como lockdowns ou restrições de viagem.

212. Estas recomendações, se implementadas e mantidas, podem, em alguma medida, ajudar a reduzir o impacto e a duração de futuras pandemias e proteger a saúde e o bem-estar das populações em todo o mundo.

VII Responsabilizações

212. Neste capítulo, início destacando que o TCU adotou uma postura colaborativa e de cooperação com a administração pública durante todo o período da pandemia, materializada, por vezes, em orientações e recomendações para o aprimoramento de diversas ações.

213. Não obstante isso, acerca dos muitos fatos acontecidos, o Tribunal, por provocação ou moto próprio, efetuou e ainda vem promovendo diversas apurações, em processos autônomos de representações, tomadas de contas especiais e/ou denúncias.

214. Alguns deles:

a) **TC 000.344/2021-4**: representação acerca de possíveis irregularidades na gestão de recursos e na prestação de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (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 (Acórdão 676/2022-TCU-Plenário);

b) **TC 037.480/2021-9**: apuração da responsabilidade de gestores do Ministério da Saúde em razão da não implementação de medidas no enfrentamento da covid-19 (itens 9.4.1, 9.4.2 e 9.4.3 do Acórdão 1873/2021-Plenário (Apartado do TC 014.575/2020-5);

c) **TC 019.895/2020-8**: representação acerca de possíveis irregularidades na gestão de recursos públicos, em razão da alteração do protocolo para tratamento da covid-19 com recomendação do uso de hidroxiquina nas fases iniciais da doença;

d) **TC 018.717/2020-9**: representação acerca de supostas irregularidades no processo de dispensa de Licitação e contrato decorrente celebrado pelo Ministério da Saúde, para operacionalização do serviço de atendimento pré-clínico para atendimento remoto à excepcionalidade da pandemia do coronavírus via telefone, realizada a partir de central operada;

e) **TC 044.541/2020-1**: representação acerca de possíveis prejuízos, no valor de R\$ 290 milhões, e à prestação dos serviços públicos de saúde no Brasil, decorrente do vencimento do prazo de validade de milhões de testes adquiridos pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico do novo coronavírus;

f) **TC 043.914/2021-7**: representação sobre possíveis irregularidades na contratação de seguro de responsabilidade civil por danos adversos das vacinas da Pfizer e Janssen e honorários advocatícios pelo Ministério da Saúde;

g) **TC 037.522/2021-3**: representação sobre possível dispêndio de recursos públicos com o fretamento de aviões, simultaneamente, por parte da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Ministério da Saúde (MS), sem conhecimento da iniciativa igual e para os mesmos propósitos conduzidas pelos dois organismos públicos, no intuito de buscar dois milhões de doses de vacinas da AstraZeneca na Índia, em janeiro de 2021, operações que se revelaram malsucedidas porquanto não foram enviados os imunizantes, o que só ocorreria dias depois em uma nova operação conduzida pelo Itamaraty;

h) **TC 006.789/2021-8**: representação sobre possíveis irregularidades na celebração do Contrato 29/2021 firmado entre a União (por meio do Ministério da Saúde) e a empresa Bharat Biotech International Limited, que tinha como sua representante legal no Brasil a empresa Precisa Comercialização de Medicamentos Ltda. (atualmente denominada OVS Importadora Ltda.), em 25/2/2021;

i) **TC 038.216/2021-3**: representação sobre possíveis irregularidades ocorridas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) relacionadas ao vencimento de medicamentos, vacinas e outros produtos, sem utilização, totalizando cerca de R\$ 243 milhões, segundo noticiado na imprensa em setembro de 2021;

j) **TC 022.765/2020-4**: representação sobre possível superfaturamento na compra pelo Comando do Exército de insumo para a fabricação do medicamento cloroquina, bem como avaliar a gestão de risco envolvida na decisão em aumentar a produção do fármaco em 84 vezes nos últimos meses, em comparação ao mesmo período nos anos de 2017 a 2019;

k) **TC 019.895/2020-8**: representação sobre possíveis irregularidades cometidas pelo Ministério da Saúde na alteração do protocolo para tratamento da covid-19 com recomendação do uso de hidroxiquina nas fases iniciais da doença;

l) **TC 020.078/2020-0**: denuncia acerca de possíveis irregularidades na contratação de empresa para realização de testes de covid pela secretaria de saúde do Distrito Federal (Acórdão 1.135/2022-TCU-Plenário);

m) **TC 024.062/2020-0**: representação acerca de possíveis irregularidades na execução de contrato entre o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio

Nordeste) e a empresa Hempcare Pharma Representações Ltda., para fornecimento de 300 ventiladores pulmonares destinados ao combate da covid-19; e

n) **TC 016.867/2020-3**: acompanhamento da regularidade das aquisições efetuadas, com recursos federais destinados ao enfrentamento da pandemia de covid-19, por órgãos e entidades das três esferas de governo, à exceção daquelas realizadas pelo Ministério da Saúde e por entidades a ele vinculadas; (Acórdão 1.512/2021-TCU-Plenário).

VIII

Análise dos Processos Apensados

215. O TC 010.748/2022-9 tratou de Solicitação do Congresso Nacional (SCN) formulada pela Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados (CFFC/CD), em que solicitou informações, relatório e inteiro teor sobre o fato de recusa na compra da vacina Pfizer ofertada ao governo federal pela metade do preço pago por Estados Unidos, Reino Unido e União Europeia.

216. Inicialmente apreciado por meio do Acórdão 1.766/2022-TCU-Plenário, foi informado à solicitante que TCU ainda não havia se manifestado acerca do assunto, mas que estava sendo tratado no presente processo e no seu apenso TC 016.191/2021-8.

217. O TC 016.191/2021-8 foi analisado por ocasião do sétimo ciclo deste processo Acórdão 2.369/2022-TCU-Plenário, ocasião em que a representação foi considerada parcialmente procedente, tendo sido comunicado o representante da decisão.

218. Nesta oportunidade, a unidade técnica propôs, o que acolho, o envio de cópia do Acórdão 2.369/2022-TCU-Plenário à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados. Porém, a declaração de atendimento integral da SCN objeto do TC 010.748/2022-9 deve se dar no âmbito do próprio processo, motivo pelo qual cópia da deliberação a ser adotada deve ser encaminhada aos referidos autos, para esse fim.

IX

Monitoramento de Determinações e Recomendações

219. Além dos grandes temas acima mencionados, o presente acompanhamento também cuidou do monitoramento de determinações e recomendações exaradas por este Tribunal. A unidade técnica promoveu o monitoramento das deliberações adotadas nos ciclos anteriores, com base nas informações prestadas pelo MS e concluiu como a seguir registrado.

220. A implementação das recomendações e/ou cumprimento das determinações feitas nos subitens 9.1.1 e 9.1.2 do Acórdão 1.335/2020; 9.2.1, 9.3.2 do Acórdão 2.817/2020; 9.1, 9.2.4, 9.2.5 e 9.2.7 do Acórdão 2.369/2022; 9.2.2 do Acórdão 1.873/2021; 9.2.3, 9.2.4 do Acórdão 2.878/2021.

221. Ainda, o cumprimento/implementação parcial dos subitens 9.2.1 do Acórdão 1.873/2021; 9.1.1.2, 9.2.2 do Acórdão 2.878/2021; 9.2.1.1, 9.2.1.2, 9.2.1.3, 9.2.3, 9.2.8 do Acórdão 2.369/2022. Mas para essas, foi verificado avanço nas providências para sua implementação.

222. Em relação a esses últimos, apenas divirjo quanto ao subitem 9.1.2. do Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário [“instrua os processos de contratação relacionados ao enfrentamento da crise do novo coronavírus com a devida motivação dos atos por meio da inclusão nos autos, no mínimo, de justificativas específicas da necessidade da contratação, da quantidade dos bens ou serviços a serem contratados com as respectivas memórias de cálculo e com a destinação do objeto contratado”], por considerá-lo cumprido, tendo em vista a notícia dada pela unidade técnica de que, nos processos examinados, especialmente nas contratações dos anos de 2021 e 2022, o Ministério da Saúde incluiu as justificativas da contratação dos medicamentos, insumos e equipamentos a serem adquiridos, bem como as quantidades

desses itens e estimativa das quantidades. Ainda, foi verificado que houve orientação formal pela pasta ministerial para que seus órgãos internos motivassem o processo de aquisição.

223. Em implementação, além da recomendação do subitem 9.3.5 do Acórdão 2.817/2020-TCU-Plenário, foi apontada também a recomendação do subitem 9.2.6 do Acórdão 2.878/2021-TCU-Plenário, com redação do Acórdão 1.162/2022-TCU-Plenário.

224. Tais deliberações, que recomendaram a elaboração, 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, de plano de ação, com vistas a aprimorar a divulgação das informações orçamentárias e financeiras, em sistema próprio ou por meio de outros sistemas ou soluções tecnológicas disponíveis.

225. O Ministério da Saúde informou que foi elaborado plano de ação para atendimento. A unidade técnica asseverou, entretanto, que a implementação dessas medidas, para melhoria do sistema Siops, não atende totalmente ao que foi estabelecido na referida recomendação, ressaltando, porém, que demonstram atuação do Ministério da Saúde no sentido de buscar melhoria no sistema.

226. Como frisou a unidade técnica, tais melhorias são pontuais, sem apresentação de ferramentas de controle financeiro. As melhorias ideais seriam aquelas estruturantes, capazes de fomentar a rastreabilidade e transparência dos recursos descentralizados, tanto de forma orçamentária como financeira.

227. A referida pasta ministerial, quanto à implementação de medidas para promover a rastreabilidade e transparência dos recursos orçamentários e financeiros descentralizados pelo Ministério da Saúde para os entes subnacionais, aduziu que modificações nos sistemas de informação dependem de uma classificação de contas nacional, sendo competente para tal deslinde o Ministério da Fazenda e a Secretaria do Tesouro Nacional.

228. Assim, ressaltou a unidade técnica que caberia ao MS, diante das dificuldades operacionais e contábeis existentes, buscar junto aos órgãos competentes (Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional), mecanismos e ferramentas para solução da problemática.

229. Nesse contexto, propôs, o que acolho, que seja comunicado à Casa Civil da Presidência da República acerca das recomendações exaradas por este Tribunal sobre a necessidade de adoção de providências pelo Ministério da Fazenda, Ministério da Saúde e Secretaria do Tesouro Nacional para fomentar a e a rastreabilidade transparência dos recursos orçamentários e financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde, na função saúde, para os entes subnacionais.

230. Por fim, foram consideradas não implementadas as seguintes recomendações:

- (a) 9.2.2 do Acórdão 1.335/2020-TCU-Plenário (ao MS: “elabore orientações acerca da utilização dos recursos repassados aos entes subnacionais, considerando a situação epidemiológica vivenciada por cada qual, em especial aqueles que apresentem pouca ou nenhuma incidência da doença”);
- (b) 9.2.5 do Acórdão 2.878/2021 – TCU – Plenário (ao MS: “promova alteração no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO, ouvidos o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, nos termos do art. 10, § 1º, do Decreto 7.616/2011, 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”)
- (c) 9.2.2 do Acórdão 2.369/2022 – TCU – Plenário (ao MS: “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”),

- (d) 9.2.6 do Acórdão 2.369/2022 – TCU – Plenário (ao MS: “mantenha o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) atualizado e busque alternativas para evitar atrasos na alimentação de seus dados juntos aos entes subnacionais”)
- (e) 9.3 do Acórdão 2.369/2022-TCU-Plenário (à Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia que “elabore normativo acerca da pesquisa de preços a ser utilizada em aquisições administrativas para estabelecimento de justa indenização”)

231. Estando os autos em meu gabinete prontos para julgamento, a Advocacia Geral da União (AGU) apresentou memoriais solicitando alteração do entendimento da unidade técnica quanto a algumas de suas conclusões a respeito do cumprimento/implementação das determinações e recomendações expedidas. Tal documento foi recebido nos termos do § 3º do art. 160 do RITCU, tendo em vista o término da etapa de instrução do processo. Eventuais divergências quanto à deliberação deste Tribunal a ser adotada neste processo podem ser manejadas por meio dos instrumentos recursais próprios.

Considerações finais

232. Chega-se, dessa forma, ao encerramento do atual Racom Covid-19 e eventuais novas ações por parte deste Tribunal, se necessárias, dar-se-ão por meio de autuação de processos específicos e as medidas ainda não adotadas pelo Ministério da Saúde e outros órgãos podem ser monitoradas em processos específicos, se o caso.

233. Após analisar os comentários dos gestores ao relatório preliminar deste ciclo a eles submetido, a AudSaúde, em uníssono, pugnou, essencialmente, pela expedição de: (a) recomendação ao MS para elaboração de normativo interno (ou atualização da Portaria GM/MS 1.419/2017), a fim de compatibilizar o Regimento Interno do ministério à nova Estrutura Regimental aprovada pelo Decreto 11.358/2023, estabelecendo as competências de todos os órgãos internos; (b) comunicação à Casa Civil da Presidência da República, à Comissão de Saúde Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados Federais e à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal acerca do impacto, na condução das políticas de saúde, da constante rotatividade de dirigentes no quadro de pessoal do MS; (c) expedição de ciências ao MS; (d) comunicação à Casa Civil acerca da necessidade de adoção de medidas para promover a rastreabilidade e transparência dos recursos orçamentários e financeiros descentralizados pelo Ministério da Saúde para os entes subnacionais; e (e) manifestação quanto ao cumprimento ou não das determinações e recomendações deste Tribunal.

234. Manifesto minha concordância com as conclusões e as propostas de encaminhamento sugeridas pela referida unidade técnica, com alguns acréscimos, razão pela qual adoto os fundamentos apontados em sua instrução, reproduzidos no relatório precedente, em minhas razões de decidir.

235. Por fim, no encerramento dessa série de acompanhamentos, deixo meus cumprimentos a toda equipe técnica desta Casa, que excepcional e incansavelmente, atuou para que este Tribunal pudesse, de forma mais tempestiva possível, cumprir sua competência institucional.

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 20 de setembro de 2023.

Ministro VITAL DO RÊGO



Relator