

ORÇAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA COMBATER O
CORONAVÍRUS NO BRASILPUBLIC BUDGET OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM TO FIGHT AGAINST THE
CORONAVIRUS IN BRAZILJulia Portolese¹

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade estudar a execução orçamentária designada a Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 durante o período de fevereiro de 2020 a junho de 2021. O ponto de partida deste estudo remete à data em que o Ministério da Saúde publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Coronavírus. Para que abordemos a tempestividade, suficiência e qualidade das despesas sanitárias realizadas por todos os níveis da federação no decurso do período considerado, resta necessário ser discutida a execução orçamentária designada para o combate da pandemia com o planejamento que a concebeu segundo diretrizes operacionais essenciais, bem como, as finalidades a serem alcançadas. Desta maneira, visa-se analisar a execução orçamentária do SUS de acordo com o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 após sua edição. Este artigo adota a relação temporal e temática que compreende o primeiro semestre de 2020 em que ocorreu uma coordenação nacional insuficiente com a fragilidade do planejamento sanitário e execução orçamentária deficitária e morosa pelo Ministério da Saúde em favor do arranjo federativo do SUS no enfrentamento à calamidade proveniente da Covid-19; esta prevê a curta duração da crise pandêmica e, por conseguinte, a vigência limitada no tempo do Orçamento de Guerra. Ainda, temos a avaliação do segundo semestre de 2020, período em que se deu a gestão pandêmica pelo calendário eleitoral municipal, ao que acrescenta-se impasse fiscal na tramitação do projeto de orçamento anual da União para o ano de 2021, sem prorrogação do Orçamento de Guerra previsto na Emenda 106 de 2021. Por fim, o primeiro semestre de 2021, quando houve descontinuidade da resposta sanitária com o acúmulo de mortes que poderiam ter sido evitadas, em razão do processo de aprovação do orçamento federal para o exercício financeiro do ano de 2021, além de ocorrer a abertura de créditos extraordinários para atender aos gastos previsíveis na continuidade do enfrentamento à pandemia em seu segundo ano. O estudo utilizará o método dedutivo com base na pesquisa bibliográfica exploratória da legislação, normas, doutrinas, jurisprudências e

¹ Doutorado em Direito Constitucional pela PUC/SP, Mestre em Direito Constitucional pela PUC-SP, Especialista em Direito Contratual pela PUC-SP, Graduada em Relações Internacionais pela PUC-SP e Direito pela FAAP-SP. Experiência Profissional em multinacional (ALLIANZ), empresa Deloitte, escritórios de advocacia (Ramacciotti Advogados; Trench, Rossi e Watanabe Advogados; Goulart e Colepicolo Advogados), órgãos públicos (Juizado Especial Cível- FAAP, Defensoria Pública da União de São Paulo, Foros Regional de Pinheiros e do Butantã e Faculdades de Direito PUC-SP e FAEL/PR. Atuação nas áreas Cível, Consumidor, Saúde, Contratos, Penal, Processo Penal, Empresarial, Investigação e Compliance, Educação e Pesquisa em Direito Constitucional. Cursos, palestras, congressos e bancas de exame de mestrado/doutorado em diferentes áreas do Direito e em Relações Internacionais. Cursos de línguas espanhola (Yázigi Internexus), inglesa (Centro Britânico) e italiana (Instituto de Cultura Italiana de São Paulo). Proficiências nas línguas inglesa pela PUC-SP e italiana pela USP e PUC/SP. Cursos de Informática (Pacote Office e Internet Explorer); Formação de Mediadores e Conciliadores na Escola Paulista de Magistratura, com estágio em Conciliação e Mediação de Família e Cível.

dados publicados sobre o tema, para analisar a importância do Orçamento Público empenhado na saúde ao combate à pandemia do Coronavírus no Brasil.

Palavras-Chaves: Orçamento Público. Sistema Único de Saúde. Plano de Contingência Nacional. Pandemia Covid-19. Política Pública de Saúde no Brasil.

ABSTRACT

The purpose of this article is to study the budget execution assigned to the Unified Health System to face the Covid-19 pandemic during the period from February 2020 to 2021. The starting point of this study refers to the date on which the Ministry of Health published the National Contingency Plan for Human Infection by the Coronavirus. In order to address the timeliness, sufficiency and quality of health expenses carried out by all levels of the federation during the period considered, it remains necessary to discuss the budget execution designated for combating the pandemic with the planning that conceived it according to essential operational guidelines, as well as and the purposes to be achieved. In this way, the aim is to analyze the budget execution of the SUS according to the National Contingency Plan for Human Infection by Covid-19 after its edition. This article adopts the temporal and thematic relationship that comprises the first half of 2020 in which there was insufficient national coordination with the fragility of health planning, deficient and slow budget execution by the Ministry of Health in favor of the federative arrangement of the SUS in facing the calamity arising from Covid-19. It provides for the short period of the pandemic crisis and, therefore the limited duration of the War Budget. Also, we have the evaluation of the second half of 2020, period in which the pandemic management took place by the municipal electoral calendar that there is a fiscal "impasse" in the processing of the Union's annual budget project for the year 2021, without extension of the War Budget provided for in Amendment 106 of 2021. Finally, in the first half of the 2021 fiscal year, there was also continuity of the health response with the accumulation of deaths that could have occurred in the year of approval of the budget for the 2021 financial year, in addition to the opening of extraordinary credits to meet expenditures predictable in the continuity of the fight against the pandemic in its second year. This study will use the deductive method to explore bibliographic research from laws, norms, doctrines, jurisprudence and published data related to the subject, in order to analyze the importance of Public Budget committed to health in the fight against Coronavirus pandemic in Brazil.

Keywords: Public Budget. Health Unic System. National Contingency Plan. Covid-19 Pandemic. Public Health Policy in Brazil.

SUMÁRIO: 1 Introdução; 2 Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Coronavírus; 3 O Coronavírus em 2020 e 2021; 4 Aprendizado para a Política Pública de Saúde do Brasil; Conclusão; Referências.

I INTRODUÇÃO

O Plano de Contingência Nacional é a referência teórico-institucional sobre o que deveria ter sido feito diante da realidade brasileira; os três eixos temporais serão abordados com fundamento em dados que correspondem ao acompanhamento da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde em relação aos créditos extraordinários abertos para combate da calamidade sanitária proveniente da Covid-19 (PINTO, 2021); acompanhamento das despesas mundiais com a Covid-19 do Governo Federal mantido pela Secretaria do Tesouro Nacional (SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL DO BRASIL, 2020-2022); manifestações técnicas das instâncias competentes no controle e fiscalização sobre a execução do orçamento federal no SUS perante a gestão da crise sanitária causada pelo Covid-19: Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde e Tribunal de Contas da União; artigos e notícias divulgadas na internet pela imprensa.

Na segunda parte deste artigo será tratado o tema das vulnerabilidades da execução orçamentária do Sistema único de Saúde no decurso do final dos últimos dezoito meses em que a pandemia da Covid-19 se desenvolveu e espalhou pelo Brasil. Por conseguinte, será analisada a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental número 822 do Distrito Federal, a qual trouxe o “estado de coisas inconstitucional na condução das políticas públicas destinadas à realização dos direitos à vida e à saúde, considerada a pandemia covid-19”. Esta apreciação do Supremo Tribunal Federal deve ser discutida pela Comissão Preliminar de Inquérito sobre Pandemia, para que se possa buscar alternativas institucionais referentes às perdas e sofrimentos oriundos da crise sanitária da Covid-19.

Por fim, serão comentadas como situações que requerem investigação complementar que a CPI da Pandemia no Senado venha a analisar os impasses na execução orçamentária do SUS durante o combate à Covid-19 nos períodos referentes aos exercícios financeiros de 2020 e 2021. O estudo será elaborado por meio do método dedutivo com fundamento em pesquisa bibliográfica exploratória da legislação e normas vigentes, doutrinas, jurisprudências e dados públicos sobre o tema e seus desdobramentos. Diante dos resultados coletados será analisada a relevância do Orçamento Público destinado à saúde no enfrentamento à pandemia do Coronavírus no Brasil.

2 PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO CORONAVÍRUS

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 determinou o que deveria ser feito e quem deveria agir para resguardar eficiente e ágil medida sanitária brasileira diante da Covid-19. Desta maneira, foram estipulados três níveis de resposta estatal e respectivas providências de atuação operacional nos termos seguintes.

O nível de alerta diante do risco elevado de introdução do vírus SARS-Cov-2 no período em que não havia registro de casos suspeitos no território nacional, ainda que na data de 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde tenha declarado emergência de saúde pública de proporção internacional em razão do surto do coronavírus (OPAS, 2020); o nível de perigo iminente perante a confirmação de caso suspeito, cuja primeira confirmação de Covid-19 no país se deu no dia 26 de fevereiro de 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2020).

Finalmente, o nível de emergência de saúde pública de importância nacional a partir da confirmação de transmissão local da Covid-19 no território nacional ou perante o reconhecimento de declaração de emergência de saúde pública de proporção internacional pela Organização Mundial de Saúde.

Ocorreu a declaração formal da emergência sanitária no Brasil por intermédio da Portaria número 188 de 2020 editada pelo Ministério da Saúde que informava sobre o nível de emergência se subdividir em etapas de contenção que busca identificar e conter a dispersão do vírus. A orientação do Plano consistia em recomendar e que fosse cumprida as ações de compra e abastecimento dos equipamentos de proteção individual, houvesse mecanismos de detecção dos casos suspeitos por meio de testagem ampla e estratégia de monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2020); e a mitigação verificada a partir do registro de cem ocorrências de casos positivos da Covid-19.

As recomendações prescreviam a expansão da capacidade de oferta da atenção hospitalar para os casos graves, isolamento social, com o aumento da atenção primária à saúde para acompanhamento dos casos leves. Para cada uma dessas etapas foram elencadas estratégias de resposta, coordenadas de maneira federativa no SUS nas respectivas áreas: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária no que tange às medidas de saúde em pontos de entrada dos portos, aeroportos e passagens de fronteiras, comunicação de risco e gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2020). Contudo, havia sido declarada emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19 por meio da Portaria MS 188 em fevereiro de 2020, de modo que devemos refletir se houve adequada, tempestiva e

suficiente resposta fiscal para as medidas consideradas necessárias ao combate do nível da emergência sanitária.

O setor administrativo-orçamentário sobre o Plano de Contingência Nacional elencou orientações emergenciais que implicavam a partir de fevereiro de 2020 demandas imediatas de ampliação dos gastos anteriormente previstos para o Sistema único de Saúde por meio de créditos adicionais suplementares, a geração de novos gastos públicos via créditos adicionais extraordinários. Diversas medidas descritas no Plano consistem em ações que propugnavam acelerada e suficiente garantia de custeio para combater a Covid19, conforme mencionadas a seguir.

Vigilância ao garantir que os serviços de referência notifiquem, investiguem e monitorem os casos confirmados para o vírus SARS-Cov-2 oportunamente; realizar a investigação do caso confirmado pela infecção humana pelo Coronavírus; manter a rede de vigilância e atenção à saúde organizadas sobre a situação epidemiológica do país e a necessidade de adoção de novas medidas de prevenção e controle da infecção humana pelo Coronavírus; disponibilizar equipes de resposta rápida para investigação de casos confirmados da infecção humana pelo Coronavírus em apoio aos Estados e Municípios; conduzir investigação epidemiológica e rastrear contatos de casos suspeitos e confirmados da infecção humana pelo Coronavírus; e divulgar amplamente materiais de educação em saúde para o trabalhador da saúde.

Suporte laboratorial ao garantir a execução dos fluxos para diagnóstico laboratorial para detecção de infecção humana pelo Coronavírus, junto a rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios; garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo novo Covid-19 e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial; apoiar os laboratórios na realização de diagnóstico de RT-PCR em tempo real para a infecção humana pelo Covid-19 consoante os procedimentos e recomendações da OMS, para os NIC e Lacen com capacidade de realização do diagnóstico; e apoiar e assegurar o transporte das amostras do Lacen ao laboratório de referência; assegurar a realização do diagnóstico de RT-PCR em tempo real e as análises complementares do vírus SARS-Cov-2 aos Laboratórios de Referencial Nacional e Regionais.

Assistência ao apoiar o funcionamento adequado e oportuno da organização da rede de atenção para atendimento ao aumento de contingente de casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo Covid-19; apoiar o aumento de leitos, reativação de áreas assistenciais obsoletas ou contratação de leitos com isolamento para o atendimento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo Covid-19; orientar em situação de surto ou epidemia de casos de Coronavírus a organização da rede de atenção à saúde para disponibilidade de UTI que atenda a demanda de cuidados intensivos para casos graves, garantido adequado isolamento dos mesmos; reforçar a necessidade de assegurar proteção aos profissionais atuantes no atendimento aos casos suspeitos ou

confirmados da infecção humana pelo Covid-19 nos serviços públicos e privados consoante orientação da Anvisa.

Assistência farmacêutica ao assegurar estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes; disponibilizar medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico; e assegurar medicamento específico para os casos de SG e SRAG que compreendem a definição clínica para uso de fosfato de oseltamivir.

Vigilância sanitária ao implementar medidas de saúde em pontos de entrada como portos, aeroportos e passagens de fronteiras; intensificar a divulgação do material informativo para orientar os viajantes quanto a prevenção e controle da infecção humana pelo Covid19; e mobilizar a rede de vigilância em saúde, considerando os Planos de contingência locais, sobre a necessidade da preparação e adoção de medidas para o combate da infecção humana pelo Coronavírus.

Comunicação de risco ao elaborar de forma conjunta com a área técnica materiais informativos, educativos sobre o Covid-19 e distribuí-los para a população, profissionais de saúde, jornalistas e formadores de opinião; disponibilizar material de divulgação para reprodução nos Estados e Municípios, órgãos que compõem o GEI e outros Parceiros; disponibilizar materiais informativos, educativos trilingues para os aeroportos, portos e fronteiras; disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nos distintos meios de comunicação; disponibilizar material informativo, educativo para públicos específicos como gestores, profissionais de saúde, viajantes e escolas.

Gestão ao promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do vírus SARS-COV-2; assegurar e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo Coronavírus; assegurar e fiscalizar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o vírus SARS-COV-2; promover ações de educação em saúde referentes à promoção, prevenção e controle da vírus SARS-COV-2; identificar fomentos para as ações emergenciais no combate do vírus SARS-COV-2.

A lista de providências sanitárias supracitada foi publicada pelo Ministério da Saúde após a declaração de emergência de saúde pública a que se refere a Portaria MS 188 de fevereiro de 2020. O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 de fevereiro de 2020 necessitava ajustes e atualizações no decorrer do tempo, mas desde o princípio consolidava investigação técnico-científica sobre a doença e propunha caminhos internacionalmente testados à condução da política pública de saúde no Brasil.

A fim de cumprir o planejamento sanitário da pandemia, existia a necessidade do Ministério da Saúde pactuar sua execução com as Secretarias estaduais e municipais de Saúde no

âmbito da Comissão Intergestores Tripartite conforme prevê o artigo 14-A da Lei Orgânica do Sistema único de Saúde. Concomitantemente foi necessário que o Ministério da Saúde de forma efetiva coordenasse em âmbito nacional o sistema e mobilizasse as redes de ações e serviços públicos de saúde, consoante a competência e capacidade operacional de cada nível da federação. No entanto, o Plano de Contingência Nacional não foi executado enquanto núcleo da política pública de saúde durante a pandemia e não orientou os demais eixos de combate à Covid-19 nas esferas social e econômica.

3 O CORONAVÍRUS EM 2020 E 2021

As circunstâncias em que ocorreram tal descumprimento serão abordadas ao longo dos três semestres sob observação na gestão sanitária da calamidade oriunda do Coronavírus. O primeiro semestre de 2020 apesar de ter obtido um bônus temporário de meses para incorporar a experiência e o aprendizado construídos pelos gestores de saúde dos países asiáticos e europeus, onde a pandemia se desenvolveu inicialmente, a resposta sanitária brasileira à pandemia do Covid-19 foi lenta e insuficiente (SENADO FEDERAL DO BRASIL, 2021). Neste contexto, podemos dizer que as ações e omissões acumuladas no decorrer do primeiro semestre de 2020 foram relevantes para o agravamento da calamidade sanitária proveniente do Coronavírus nos semestres posteriores.

Não houve estruturação de equipes da saúde de família adequada e tempestiva para a testagem, o rastreamento e isolamento dos casos de Covid-19. O Plano Nacional de Contingência foi descumprido em razão de impasses federativos e por conta da morosidade orçamentário-financeira da resposta sanitária, acrescido de duas transições na liderança e gestão do Ministério da Saúde. Na data da edição da Portaria 1666 em julho de 2020, o Ministério da Saúde ainda não tinha fortalecido a capacidade de resposta dos entes subnacionais na esfera do Sistema único de Saúde, para atuar no enfrentamento à pandemia.

A insuficiente transferência de recursos aos fundos no primeiro semestre de 2020 pode ser verificada a partir da execução orçamentária do Fundo Nacional de Saúde (PINTO, 2021, p. 81). A análise de baixa execução orçamentária em benefício do Sistema único de Saúde pelo Governo Federal nos primeiros meses de combate à Covid-19 foi objeto de investigação pelo Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde e Tribunal de Contas da União.

Ocorreu o acompanhamento realizado pelo Tribunal de Contas da União a respeito da atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia ao longo de cinco relatórios realizados nos autos do TC 014.575 de 2020-5. Este nos traz a fiscalização do primeiro semestre de 2020, a partir do

qual o Tribunal de Contas da União demonstrou equívocos consolidados no Acórdão 1335 de 2020-Plenário, julgado em 27 de maio de 2020.

Cumprе salientar o desarranjo causado pelo envio do projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2021, fundamentado na projeção que a pandemia chegaria ao fim em 31 de dezembro de 2020 conforme Decreto Legislativo 6 de março de 2020. Em abril de 2020 a agenda de retomada do teto de despesas primárias em seguida do ano posterior ao do Orçamento de Guerra. Tal regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para combate da calamidade pública nacional oriunda da pandemia foi concebido pela proposta de Emenda à Constituição 10 de 2020. Esta foi apresentada em abril do ano de 2020, aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada em maio como Emenda Constitucional número 106 de 2020.

A escolha realizada para atender à demanda converteu-se em resposta fiscal excepcional perante situação de desenvolvimento do Coronavírus nos dois semestres subsequentes, revelando-se equivocada, uma vez que a partir de abril de 2020, a possibilidade de continuidade e agravamento da pandemia (AGÊNCIA FRANCE-PRESSE. 2020; VALOR GLOBO, 2020). A vigência do Orçamento de Guerra deu causa à qualidade insuficiente do planejamento orçamentário para o exercício financeiro seguinte com disputa no decurso da tramitação do PLDO-2021 e projeto de lei de orçamento anual 2021. Não foi instalada a Comissão Mista de Orçamento conforme previa o artigo 166 da Constituição de 1988 em 2020, o que fez o PLDO-2021 ser apreciado pelo Congresso Nacional em dezembro de 2020 (LIMA, 2020). O PLOA-2021 foi aprovado em março de 2021 e sancionado em abril de 2021 (SENADO FEDERAL DO BRASIL, 2021).

Esta situação era prevista e a partir de abril de 2020 existia a proposta de sugestões de aprimoramento do debate fiscal brasileiro sobre o PLDO-2021. A primeira sugestão foi alterar o prazo de vigência da calamidade pública proveniente do Coronavírus para superar o lapso de 31 de dezembro de 2020 com a finalidade que haja um marco final condizente com o tempo necessário ao combate da crise sanitária, social e econômica atual.

A segunda consideração foi modificar constitucionalmente o teto atribuído pela Emenda 95 de 2016, incluindo os fins de formulação do projeto de lei orçamentária federal de 2021 (PINTO, 2020). Desta forma, a morosidade na estruturação federativa do Sistema Único de Saúde e em projetar a curta duração fiscal no PLDO-2021 e a EC 106 de 2020 no combate à pandemia marcaram o primeiro semestre de 2020, identificando as vulnerabilidades verificadas nos dois semestres subsequentes. Enquanto isso, nos entes subnacionais a ausência de coordenação federativa em relação a um plano nacional de enfrentamento à pandemia originou a dispersão de estratégias que posteriormente foram tidas como inadequadas e situada na esfera de risco de prejuízo ao erário.

A título de ilustração mencionamos o oneroso e potencial abuso com a contratação de instalações provisórias de leitos de UTI para hospitais de campanha, uma vez que existia a

possibilidade de manejo da capacidade instalada existente nas redes pública e privada de assistência hospitalar. A despesa envolvida nos Municípios fiscalizados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo durante o período de março a maio de 2020, alcançava o valor de duzentos e vinte e sete milhões de reais de um total de um bilhão de reais contratado para a instalação e o gerenciamento de sessenta e três hospitais de campanha (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

O exemplo supracitado demonstra que não foi estabelecido no federalismo sanitário brasileiro as iniciativas prioritárias que deveriam ser observadas por cada nível de atuação municipal, estadual e nacional de maneira transparente e econômica conforme deveriam ser celebradas as parcerias com a iniciativa privada ao longo das demandas de contratação em benefício da resposta adequada para o erário e a sociedade. A pandemia do Covid-19 ilustrou uma desorganização operacional na esfera do Sistema Único de Saúde, amparada pela excepcionalidade e urgência da calamidade sanitária na autorização de regras flexibilizadas para contratação e prestação de contas.

De acordo com o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo os contratos efetivados até maio de 2020 com dispensa de licitação para combater o Covid-19 atingiu a quantia de R\$ 1.018.894682,77 bilhão de reais (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020). Grande parte desses contratos foi necessária à finalidade que justificou tal pactuação, mas, a ausência de coordenação nacional, um planejamento sanitário específico e celebrado entre os níveis da federação ocasionou a ampliação e ocorrência de custos superpostos, prejudiciais ao erário (CROQUER, 2021)

O segundo semestre de 2020 foi marcado por três focos de tensões, quais sejam:

As eleições municipais em novembro; o impasse orçamentário nos debates do PLDO de 2021 e PLOA de 2021 da União diante da escolha pela curta vigência do regime excepcional do Orçamento de Guerra com término em 31 de dezembro de 2020 e, pela retomada do teto atribuído pela Emenda 95 de 2016 no segundo ano de combate à pandemia. Esta projeção fiscal no campo do Sistema Único de Saúde foi discutida pelo Conselho Nacional de Saúdes na Recomendações 49 de julho de 2020 e 71 de dezembro de 2020, referentes à indicação de medidas corretivas de gestão para o Ministério da Saúde a partir da análise dos Relatórios de Prestação de Contas do primeiro e segundo quadrimestres de 2020. Por fim, a análise da capacidade de oferta do mercado internacional diante das demandas mundial e interna brasileira realizadas pelo governo federal, para fins de contratação tempestiva e suficiente de vacinas conforme traz o Instituto de Direito Sanitário e a Associação Brasileira de Economia da Saúde.

No período supramencionado o Tribunal de Contas da União elaborou relatórios de acompanhamento sobre a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia conforme TC 014.575 de 2020-5. Ainda, os Acórdãos 1888, 2817 e 4049 de 2020-Plenário, julgados em 22 de julho, 21 de outubro e 8 de dezembro, constataram a insuficiente coordenação nacional e ausência de

planejamento para cumprir as diretrizes do Plano de Contingência Nacional para o Coronavírus. Os dados do Tribunal de Contas da União demonstram a posição do Ministério da Saúde sobre sua função de coordenar a federação durante a crise de pandemia no território nacional, o que foi agravado pela polarização político-partidária proveniente do calendário eleitoral municipal. Neste sentido, atenta-se à investigação adicional o aumento dos repasses efetivados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde no valor que perfaz aproximadamente quatorze bilhões de reais no segundo semestre de 2020, enquanto que no mesmo período houve a queda no volume de recursos destinados aos fundos estaduais e à aplicação pelo Ministério competente, consoante Acórdão do TCU 2817 de 2020-Plenário. Observa-se em relação ao acompanhamento dos dados realizado em junho de 2020, o incremento das dotações designadas aos fundos municipais de saúde, a redução de dotações para aplicação direta e aos fundos estaduais de saúde ao indicar o remanejamento das dotações entre estas modalidades de aplicação, verificando-se incremento no valor repassado aos Municípios na quantia de dezenove bilhões de reais (IDISA, 2021).

Ainda, destaca-se expansão de repasses aos fundos municipais de saúde em período próximo às eleições locais; as denúncias de deliberação das Emendas parlamentares em um Orçamento Secreto que afeta a execução orçamentária do Ministério da Saúde no segundo semestre de 2020 (RODRIGUES; PIRES, 2021). Bem como, o impasse fiscal na tramitação do projeto do orçamento anual da União para 2021 sem prorrogação do Orçamento de Guerra disposto na Emenda 106 de 2021, cuja consequência foi a permissão que o Poder Executivo federal contasse de forma inconstitucional com créditos extraordinários para atender a gastos projetados no segundo ano de combate ao Coronavírus.

O Conselho Nacional de Saúde informou no segundo semestre de 2020 a insuficiência do orçamento federal de 2021 referente ao custeio necessário ao Sistema Único de Saúde durante o período de pandemia. A relação entre os tópicos supra traz os prejuízos sanitários causados pelo discurso de restrição fiscal no período de pandemia, o que não é verdadeiro conforme denúncia sobre a inconstitucionalidade e inexequibilidade da LOA de 2021 realizada pela Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento (ASSECOR, 2021). O segundo semestre de 2020 demonstrou que a crise sanitária foi agravada pelo impasse fiscal, o qual possibilitou acordos patrimonialistas de curto prazo eleitoral. O modelo fiscal adequado para o Brasil consiste na integração entre planejamento e orçamento em tempos ordinários e extraordinariamente perante a Covid-19, haja vista que a sociedade que não possui um planejamento tem que aceitar o resultado que se apresenta. Caso não exista um diagnóstico dos problemas que demandam a atuação do Estado, a ausência de prioridades no seu combate e formulação de prognóstico adequado para cada problema, a despesa pública se torna uma opção de vontade do governante e dos parlamentares de sua base de apoio nos três níveis da federação.

Desta maneira, o curto prazo eleitoral e trato patrimonialista de recursos públicos substituem o planejamento no ciclo orçamentário por um arranjo político-partidário que se satura de regras fiscais superpostas para posteriormente violá-las. O conceito de responsabilidade fiscal é encontrado no artigo 1º, §1º da Lei Complementar 101 de 2000 e apresenta a seguinte redação "*ação planejada e transparente em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio nas contas públicas*".

As ações planejar, prevenir e corrigir consistem em ações de trato contínuo em um ciclo de identificação e resolução de problemas sociais escolhidos como prioridades estatais. O país caminha no sentido oposto ao estabelecer regras fiscais que determinam formalmente somente limites formais rígidos, mas suscetíveis a violações. O cenário fiscal do Brasil foi construído como um suporte normativo aparentemente forte, porém vazio. Há regras fiscais em grande quantidade no Brasil que prejudicam a gestão dos escassos recursos públicos, na medida em que interditam a discussão orçamentária sobre a ordenação legítima de prioridades consoante o planejamento setorial de políticas públicas. Neste período de pandemia, tal panorama fiscal, manipulável em bases político-partidárias, colaborou para o resultado de inúmeras mortes evitáveis.

O semestre de 2021 para os fins orçamentários, traz um exercício financeiro que iniciou em abril com a promulgação da Lei 14144 (Lei Orçamentária Anual Federal). Antes desta, mortes se acumularam e foi descontinuado o pagamento do auxílio emergencial, situações estas que contribuíram para o agravamento da pandemia e desigualdade brasileira. Em março a instabilidade política na condução nacional da pandemia foi verificada a partir da posse do quarto Ministro da Saúde no espaço de tempo de um ano de calamidade sanitária (ISTO É, 2021). Anterior a este período, em março de 2020 foi promulgada a Emenda Constitucional 109 para permitir a retomada do auxílio emergencial e aprimorar as regras fiscais do país. Esta demonstrou o erro de ter se estipulado vigência curta para a Emenda do Orçamento de Guerra (EC 106 de 2020) até 31 de dezembro de 2020 e, ainda, não ter sido revista a lista de exceções ao teto (§6º do artigo 107 do ADCT), para que fosse possível custear a ação estatal suficiente e planejada no segundo ano da pandemia do Coronavírus em suas esferas sanitária, econômica e social. A Emenda Emergencial reiterou o equívoco ao conceber um limite curto e imprudente de R\$ 44 bilhões nos termos do artigo 3º, §1º da EC 109 no que pertine à prorrogação do auxílio emergencial, para manter a intocabilidade do teto, enquanto o país acumulava dívida insustentável no primeiro semestre de 2021.

O relatório de acompanhamento feito pelo TCU sobre a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia no TC 014.575 de 2020-5 traz trechos do voto do Ministro Benjamin Zymler que evidenciam a perspectiva de uma tragédia, cuja ausência de correção de rumo no momento oportuno acarretou o acúmulo de mortes evitáveis. Em razão disto, o Ministério Público Federal ajuizou ação de improbidade administrativa em face do ex-Ministro da Saúde Eduardo Pazuello em

junho de 2021 para a responsabilização referente às ações e omissões danosas durante a sua atuação na esfera federal no período de calamidade sanitária do Coronavírus.

A ação do Ministério Público Federal conhecida como militarização do Ministério da Saúde foi sentida na execução orçamentária dos recursos do Sistema Único de Saúde, de modo que, é necessário a Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia, o Ministério Público Federal, Tribunal de Contas da União e Conselho Nacional de Saúde apurem a motivação e finalidade de despesas provenientes de recursos do Fundo Nacional de Saúde realizadas pelos órgãos militares. Ainda, cabe a bordar o contraste dessas aplicações ocorridas na Ação 21C0 por órgãos militares a partir das informações no portal do Tesouro Nacional durante os três semestres de combate à pandemia.

A hipótese de admissibilidade do custeio de gastos militares ordinários por intermédio de créditos extraordinários (artigo 167, §3º da CF) e ao teto de gastos primários a que dispõe a Emenda 95 de 2016. A título de ilustração em 2020 foram pagos com recursos provenientes de créditos extraordinários abertos em favor da Ação 21C0, ação destinada ao combate sanitário da Covid-19, gastos do Ministério da Defesa com material odontológico no importe de cinquenta e oito mil reais; material de uso zootécnico no valor de vinte e cinco mil reais; material educativo e esportivo no montante de três mil e quatrocentos reais; artigos de cama, mesa e banho no importe de duzentos e vinte e cinco mil reais; objetos de copa e cozinha no total de quatrocentos e trinta mil reais; uniformes, tecidos e aviamentos no valor de um milhão de reais; material, equipamentos, serviços para áudio, vídeo e foto no montante de setecentos mil reais; manutenção e conservação de bens imóveis no importe de seis milhões e duzentos mil reais; serviços de energia elétrica, água e esgoto, gás, serviços domésticos no total de cinco milhões e novecentos mil reais; veículos de tração mecânica na quantia de três milhões e seiscientos mil reais; despesas médico-hospitalares com materiais e serviços em aproximadamente cem milhões de reais, incluído a atenção a hospitais militares que se recusaram a ceder leitos para tratamento de pacientes civis com Covid-19 (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021).

Em 2021 existe rol de gastos empenhados em benefício de órgãos militares com recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde que requer fiscalização e cautela na avaliação das prestações de contas. As situações abordadas neste artigo trazem uma realidade de fragilidade na forma de operação do Sistema Único de Saúde. Para explorar tais impasses, históricos de subfinanciamento, a judicialização e disputa federativa na política pública de saúde estuda-se o escopo do estado de coisas inconstitucional no SUS realizada na ADPF 882 pelo Ministro Marco Aurélio.

4 APRENDIZADO PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO BRASIL

O reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal de violação generalizada aos direitos à vida e saúde na esfera da política sanitária é medida adequada ao combate da crise sistêmica proveniente da Covid-19. Cumpre salientar que não é atual a instabilidade operacional do Sistema Único de Saúde, mediante ações e omissões estruturais que acarretam o acúmulo de mortes evitáveis no federalismo sanitário brasileiro. Há tempos o Brasil passa por instabilidade de custeio promovida pela União na política pública de saúde, desvios e disputas nos entes subnacionais nos termos da Repercussão Geral 818 do Supremo Tribunal Federal. Neste sentido, normativos no dever federal de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde conforme parâmetro prescrito no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, impuseram uma trajetória federativa e regressiva nas Emendas 29 de 2020, 86 de 2015 e 95 de 2016.

Enquanto os patamares mínimos em saúde dos Estados e Municípios permanecem os mesmos desde a sua estipulação pela EC 29 de 2020 (respectivamente 12% e 15% da receita de impostos e transferências de impostos), o patamar mínimo federal no setor foi alterado por seis vezes. Para que tenhamos conhecimento da trajetória tendente à regressividade do dever federal de despesa mínima em saúde, o marco inicial do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que propugnava a alocação mínima de trinta por cento do orçamento da seguridade social para a área da saúde. Esta porcentagem não foi cumprida de fato no ciclo do orçamento federal.

O artigo 2º, II da Lei 14144 de 2021 prevê a receita e estipula a despesa da União para o exercício financeiro vigente, o artigo 55 do ADCT duplica o patamar mínimo de despesas da União em saúde aproximadamente para duzentos e sessenta e um bilhões de reais. As regressivas modificações acrescidas de ações e omissões orçamentário financeiras nos decretos de contingenciamento, reduziram a participação do piso federal em saúde no montante global de recursos dos três níveis da federação ao setor, trouxeram o descumprimento das pactuações federativas celebradas no âmbito do Sistema Único de Saúde. A consequência destes redesenhos no piso federal em saúde fica visível na sobrecarga de custeio suportado pelos Estados e Municípios, cuja capacidade de arrecadação é inferior à da União. A participação federal diminuiu sessenta por cento no volume global de recursos públicos designados para o Sistema Único de Saúde em 2000 para quarenta e dois por cento em 2019, ocorrendo uma queda (PINTO, 2021, p. 75).

As ações e omissões que impuseram a regressividade na participação federal no custeio do SUS deveriam ser consideradas no reconhecimento do estado de coisas inconstitucional mencionado na ADPF 822, pois tais condutas tornam precárias a política pública de saúde brasileira com a mitigação de suas garantias previstas na Constituição Federal de 1988 na parte de financiamento fiscal progressivo e arranjo orgânicofederativo (PINTO, 2017). Com a pandemia do

Coronavírus e o estado de emergência de saúde pública de importância internacional reconhecido pela Lei 13979 de 2020, essa fragilidade orçamentário-financeira do SUS restou inquestionável para a sociedade.

O alcance dos princípios da vedação de retrocesso e proteção insuficiente diante de ações e omissões orçamentário-financeiras que afetam a eficácia do direito à saúde requerem refutar o esvaziamento do arranjo orgânico-federativo e a desconstrução da garantia de piso de custeio da política pública de saúde causados pela União, mediante restrição orçamentária que nega cumprimento às pactuações celebradas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite que traz o artigo 14-A da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde.

Neste contexto de demanda urgente ao atendimento à pandemia da Covid-19, a crise do Sistema Único de Saúde emerge como realidade expressivo contingente de mortes acumuladas em 2020 e 2021 provenientes do Coronavírus. O SUS se encontrava operacional e fiscalmente abalado diante da pandemia, em razão de sucessivas restrições, emendas constitucionais e operações contábeis que causaram retrocesso ao direito à saúde e mitigaram suas garantias de financiamento e arranjo federativo-orgânico. A pandemia exige dos Sistemas de Saúde das nações um esforço para prevenção e redução do contágio, mitigação dos danos ocasionados à saúde daqueles acometidos com os problemas respiratórios decorrentes. A velocidade da proliferação do vírus acrescida à necessidade de mobilização de equipes, serviços e leitos de Unidade de Terapia Intensiva por longos períodos para tratamento das pessoas afetadas causou níveis de estresses em sistemas de saúde.

Resta necessário assegurar a alocação do maior volume possível de recursos para o Sistema Único de Saúde a fim de resguardar o cumprimento das pactuações federativas celebradas na esfera da Comissão Intergestores Tripartite como no núcleo do piso em saúde e em conformidade com o cumprimento do federalismo sanitário. Cumpre salientar que, além da pandemia da Covid-19, o Brasil passa pelo adensamento da demanda reprimida no atendimento ordinário do Sistema Único de Saúde (COLLUCCI; FARIA, 2021) e o efeito de surgir com maior intensidade doenças antigas como o sarampo e a sífilis. Perante o subfinanciamento na saúde, o contexto de colapso do Sistema Único de Saúde em decorrência da pandemia do Coronavírus agrava a capacidade de resposta às demandas ordinárias do serviço público de saúde.

Em razão do teto fiscal trazido pela Emenda 95 de 2016 que mitiga a proporcionalidade entre o volume de receita e o piso federal de custeio em saúde, revela-se importante fiscalizar o retrocesso quantitativo em termos contábil-formal no esforço de estabelecer a irredutibilidade da lista de obrigações materiais que consubstanciam tutela ao direito. A calamidade pública prevista pelo Decreto Legislativo número 6 de 2020 demonstrou tratar-se de escolha política e

não impossibilidade técnica a decisão sobre o nível de recursos orçamentários e financeiros destinados à política pública de saúde no país.

A conformidade constitucional do descumprimento do artigo 31 da Lei 8080 de 1990 dispõe que o orçamento da seguridade social destine ao Sistema Único de Saúde os recursos necessários à realização de suas finalidades. A Lei Orgânica do SUS em consonância com a Constituição Federal de 1988 pautou relação de instrumentalidade entre as necessidades diagnosticadas no planejamento sanitário e os recursos destinados à política pública de saúde, posicionando aquelas à frente destes. A disponibilidade de recursos e necessidades de saúde foi orientada ao cumprimento das finalidades do Sistema Único de Saúde sem impor inicialmente restrição fiscal. Desta maneira, a dimensão protetiva do gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde deveria resguardar custeio para as necessidades e finalidades do SUS. O patamar mínimo constitucional é equação matemática que vincula certo volume de recursos a um conjunto de despesas, de forma que, há finalidades a serem cumpridas por intermédio do dever de aplicação mínima de recursos em saúde no âmbito de um arranjo federativo que visa a redução das disparidades regionais e o rateio equilibrado das responsabilidades e receitas entre os entes.

O artigo 196 da CF e a governança federativa do SUS propugna a imprescindibilidade do rateio federativo dos recursos com atenção ao artigo 198, §3º, II que foi regulamentado no artigo 17, §1º da Lei Complementar 141 de 2012. Então emerge a pactuação das obrigações e responsabilidades de cada ente da federação no SUS por meio da Comissão Intergestores Tripartite, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde enquanto fonte do que deveria ser o piso em ações e serviços públicos de saúde ao que acrescentamos os planos previstos na legislação sanitária. A questão é que o pactuado pela rede de serviços contratados no SUS, os repasses fundo-a-fundo e programas para fins de transferências voluntárias tem excedido o piso federal contábil-formal, deixando de fazer correção monetária dos valores de referência dos programas e atrasado os repasses.

A União tendo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite gerou compromissos federativos com os entes subnacionais, devendo cumprir tal pactuação, ainda que exceda ao piso sob pena de lesão ao dever de gasto mínimo material e ao pacto federativo. A mesma regra se aplica aos Estados que não cumprirem o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite nos termos dos artigos 19, §1º da LC 141 de 2012 e 198, §3º, II da Constituição Federal de 1988. Cumpre salientar que, resta necessário fixar o regime jurídico do dever de aplicação em saúde atribuído pelo artigo 198 da CF de 88 que se refere ao cumprimento das obrigações legais e constitucionais de fazer em observância ao artigo 196 e do Sistema Único de Saúde a que tratam os artigos 198 e 200, ultrapassando o valor do piso em seu aspecto matemático.

A origem do estado de coisas inconstitucional no SUS consiste na inversão da equação entre as necessidades de saúde da população de um lado e a disponibilidade de recursos de

outro por intermédio do regressivo piso federal. Desta forma, reduziram o escopo e a exigibilidade das principais normas que mencionavam compatibilização entre as necessidades do SUS e os recursos a ele destinados com desarranjo federativo na vigência da Constituição Federal de 1988. O que se encontra em processo de fragilização é o direito fundamental à saúde e seu arranjo organizacional de proteção, haja vista que o Sistema Único de Saúde foi perdendo seu papel federativo de distribuição equitativa de responsabilidades administrativas e financeiras. O inadimplemento das pactuações federativas com o congelamento do piso federal em saúde durante o período de 2018 a 2036, quando a correção monetária foi assegurada anualmente nos termos do artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a frustração do arranjo constitucional do SUS tem início com a precariedade do arrolamento dos riscos epidemiológicos e das necessidades de saúde da população para fins do devido planejamento sanitário e, por conseguinte, para a pactuação federativa na Comissão Intergestores Tripartite.

A União não permite pactuações que ultrapassem o patamar mínimo e as constrange para que permaneçam formalmente compatíveis com o subfinanciamento. Esta providência esvazia as responsabilidades recíprocas e paralisa a implementação do contrato de organização da ação pública da saúde previsto no Decreto 7508 de 2011. Trata-se de guerra fiscal de despesas no SUS que decorre da diferença de critério para a União em seu piso de custeio como propugnada pela Emenda Constitucional 29 de 2000 e agravada pelas Emendas 86 de 2015 e 95 de 2016. Este contexto demonstra inconsistências e até o advento da Lei Complementar 141 de 2012, a controvérsia sobre o que seria atribuído enquanto despesa em ações e serviços públicos de saúde originou operações contábeis e equívocos pelos Estados, de modo a acarretar demandas judiciais que o Supremo Tribunal Federal reconheceu existir repercussão geral na discussão sobre o controle judicial, referente ao descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde no período anterior à edição da lei complementar mencionada no artigo 198, § 3º da Constituição Federal.

A consciência da sociedade sobre a falta de equilíbrio em relação à governança federativa do Sistema Único de Saúde para fins de contenção do estado de coisas inconstitucional (ADPF 822), possibilita trazer a questão do déficit de eficácia do direito fundamental à saúde na busca da justiça orçamentária pertinente à consecução da política pública que o consubstancia. Reflexões jurídicas sobre o direito à saúde desvinculadas das considerações econômicas não tornam o direito factível à sociedade e não se prestam a prover as necessidades de saúde. Por isso, a importância da Resolução 640 de 2020 do Conselho Nacional de Saúde, a qual exige que o programa anual de saúde e as leis do ciclo orçamentário referentes ao exercício financeiro de 2021 assegurem financiamento para o cumprimento das pactuações federativas celebradas na esfera da Comissão Intergestores Tripartite.

As normas brasileiras propugnam a distribuição de competências e responsabilidades do custeio do Sistema Único de Saúde, mas a retração da União onera os entes

subnacionais e acarreta capacidade de resposta deficitária da política pública de saúde em relação à pandemia do Coronavírus. O Instituto de Estudos Socioeconômicos no estudo “O Brasil com baixa imunidade: Balanço do Orçamento Geral da União 2019” em relação à saúde no ano de 2019 equivale ao patamar de 2014, em detrimento de sua estagnação fiscal. Ainda que no Brasil tenha sete milhões a mais de habitantes em 2019 quando comparado ao ano de 2014, a União investir em 2019 patamar equivalente a 2014 em ações e serviços públicos de saúde aponta regressividade federal de custeio no Sistema Único de Saúde, posto que a pandemia do Coronavírus acometeu o Brasil e encontrou uma realidade deficitária no SUS (INESC, 2020). O problema é que a calamidade pública oriunda da Covid-19 modificou o padrão de atuação omissivo do Ministério da Saúde de acordo com as considerações do Ministro Benjamin Zymler no relatório de acompanhamento do TCU 014.575/2020-5 que traz a existência de uma dotação autorizada de R\$69,88 bilhões na ação 21C0 dos quais R\$63,74 bilhões foram destinados ao Ministério da Saúde para o combate sanitário da pandemia, de forma que o SUS contou efetivamente com R\$41,75 bilhões, pois o Governo Federal deixou de executar vinte e dois bilhões referente aos créditos extraordinários abertos no Orçamento de Guerra consoante Emenda 106 de 2020 deste mesmo ano (PINTO, 2021, p. 118).

Ao negar adequada execução orçamentária ao Sistema Único de Saúde agravou a capacidade de resposta do Ministério da Saúde na transição de 2020 para 2021. Isso pois, de R\$21,75 bilhões transpostos de 2020 para 2021, R\$19,9 bilhões versam sobre vacinas e o restante de R\$1,65 bilhão é insuficiente para as outras demandas referentes ao Coronavírus no exercício financeiro vigente. O Governo Federal não previu valor para a ação 21C0 referente ao combate sanitário da pandemia no projeto de lei orçamentária de 2021. Esta ação recebeu em 2020 R\$63,74 bilhões de reais e o PLOA-2021 foi aprovado no Congresso Nacional em março de 2021, o que possibilita ao Executivo Federal enviar mensagem que modifique o projeto para corrigir a omissão com base no agravamento da calamidade sanitária no Brasil a partir de dezembro de 2020 (PINTO, 2021, p. 118 e 119).

O Tribunal de Contas da União responsável pela fiscalização da política pública de saúde federal não teve acesso a planos e documentos que atestassem a existência formal de estratégia de combate ao Coronavírus pelo Ministério da Saúde. O Acórdão do TCU 2817 de 2020 – Plenário descreve a ausência de uma estratégia nacional de combate da pandemia no país. A análise do TCU ilustra que diante da crise sanitária mundial dos últimos tempos a União se eximiu da atribuição de coordenar uma resposta sanitária no âmbito federal equilibrada e fiscalmente suficiente em busca do fortalecimento do SUS. O acúmulo de mortes evitáveis trata-se de consequência imputável ao estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde do Brasil (PINTO, 2021, p. 53).

Desta maneira, manter o teto à revelia da realidade de pandemia conforme Emenda Constitucional 109 de 2021 e uma vigência curta para o Orçamento de Guerra contido na EC 106 de 2020 consiste em oneroso erário à sociedade. Os limites temporais e fiscais de curto prazo demonstraram ações de controle equivocado para conter o trato patrimonialista dos recursos públicos

ao longo de 2020 e do primeiro semestre de 2021 conforme desprendemos da gestão político-orçamentária da pandemia na esfera do Sistema Único de Saúde relatada pelo Tribunal de Contas da União nos relatórios de acompanhamento do TC 014.575/2020-5. A Emenda Constitucional 109 de 2021 reitera o equívoco de apresentar resposta fiscal de curto prazo, haja vista que o limite de R\$ 44 bilhões previsto no §1º do artigo 3º para pagar o auxílio emergencial por intermédio de crédito extraordinário é insuficiente consoante a realidade brasileira (PINTO, 2021, p. 55).

Administrar créditos extraordinários para manter o pagamento do auxílio emergencial em 2021 consubstancia violação ao princípio da separação de poderes e devido processo legislativo orçamentário, posto que esta se trata de despesa a partir de agosto de 2020 conforme o PLOA-2021. Ainda, cumpre ressaltar que os créditos extraordinários não exigem indicação da fonte de custeio e não se submetem a tetos previsíveis, sob pena de não atender a despesas urgentes, relevantes e não previstas. O problema restou claro na ausência de planejamento orçamentário adequado em razão da necessidade de continuidade no custeio das ações sanitárias, assistenciais e econômicas de combate à pandemia e ao autorizar de maneira inconstitucional os créditos extraordinários no segundo ano de crise do Coronavírus.

Isto posto, consubstancia violação ao artigo 167, §3º da Constituição Federal de 1988 e à Ação Declaratória de Inconstitucionalidade 4048, haja vista que foram desrespeitados os princípios da separação dos poderes, finalidade e legalidade, além de o teto e devido processo legislativo orçamentário referente ao PLDO-2021 não serem apreciados pela Comissão Mista de Orçamento e o PLOA-2021 que não teve observada as despesas obrigatórias. Acrescido aos fatos anteriormente apontados, menciona-se a liberação danosa ao erário das emendas, algumas em benefício da política pública de saúde denominada orçamento secreto (RODRIGUES; PIRES, 2021).

CONCLUSÃO

O cenário fiscal sanitário brasileiro traz que a calamidade pública proveniente da pandemia do Coronavírus evidenciou a saúde pública do país demonstrar antigos problemas como o a falta de escala mínima na operação das redes de serviços oriundo do processo de criação de municípios ocorrido a partir do ano de 1988. Isto aponta que municípios menores não conseguem executar adequadamente as ações e serviços públicos de saúde com a técnica necessária, sustentabilidade fiscal e qualidade. A fim de contornar a antieconômica capacidade operacional é necessário que sejam implementadas as regiões de saúde previstas na legislação do Sistema Único de Saúde, bem como seja ampliado o uso dos consórcios públicos.

Ainda, a possibilidade de troca dos dirigentes faz com que exista rotatividade dos servidores comissionados e contratados temporários, acarretando onerosa perda do serviço, risco e incapacidade de resguardar a continuidade dos serviços públicos. A cada troca de comando na política pública de saúde corresponde a uma realidade de terra arrasada em que os que ingressam negam o aprendizado deixado pelos que saíram; desta maneira, fica distante assegurar racionalidade à máquina pública em sua rotina ordinária ou durante uma situação calamitosa.

Também, a insegurança jurídica e regressividade fiscal em relação aos critérios quantitativos e qualitativos de rateio das responsabilidades de execução da política pública entre os três níveis da federação e, por conseguinte, a judicialização das omissões assistenciais corroboram com a guerra fiscal de despesas que prejudica o pacto federativo do SUS ao onerar mais os municípios e mitigar a eficácia do direito fundamental à saúde brasileira. As contendas federativas e a retração da União no custeio das ações e serviços públicos de saúde acarretam problema estrutural ao Sistema Único de Saúde.

E por fim, a insuficiente adesão ao planejamento setorial e à execução orçamentária ocasionada pela condução dos recursos públicos em direção à maximização dos ganhos de curto prazo eleitoral em detrimento das prioridades eleitas pela coletividade para o médio prazo em relação às políticas públicas, durante a pandemia revela um quadro ruim conforme verificado nos relatórios de acompanhamento feitos pelo Tribunal de Contas da União (TC 014.575/2020-5). Acrescido a isto, o fato do planejamento ser preponderantemente construído de forma frágil, o problema anterior da sua deficiente normatividade e alto nível de descumprimento fez com que o acúmulo de falhas ampliasse o espaço de discricionariedade dos gestores responsáveis pela execução intertemporal do planejamento setorial e seu respectivo ciclo orçamentário. O imprevisto foi manejado para tratar de questões urgentes e atender a pleitos paroquiais que trazem risco de apropriação privada do interesse público.

O período de pandemia do Coronavírus teve o trato reativo da crise sanitária. Ocorre que tal problema não esgota os desafios em busca do aprimoramento da gestão pública, mas os reposiciona em patamar menos desenvolvido. Os serviços públicos de qualidade devem enfrentar as complexas dimensões supramencionadas em tempos extraordinários de pandemia ou em tempos ordinários. Melhores serviços públicos no âmbito do SUS devem pautar prioritariamente a necessidade de buscar ganho federativo de escala, sustentabilidade fiscal, governança técnica protegida de ingerências políticas voláteis e aderência entre o executado em face do planejado na consecução destes serviços. Na área da saúde querem maior gestão privada para absorver a atenção primária que é o nível responsável pela base do levantamento dos riscos epidemiológicos e das necessidades de saúde da população, os quais constituem o núcleo do planejamento sanitário.

A *priori*, tecnicamente não se pode terceirizar o planejamento e a base de concepção estruturante do Sistema Único de Saúde conforme artigo 2º da Emenda 51 de 2006 que traz

de forma expressa a exigência da contratação direta de agentes comunitários de saúde e de combate a endemias. Outra reflexão relevante é a possibilidade de parcerias público privadas para aprimorar o SUS que traz uma afronta ao §2º do artigo 199 da Constituição Federal de 1988, haja vista que trata de nova fronteira de exploração lucrativa no núcleo da política pública de saúde. O Estado precisa celebrar parcerias com o terceiro setor e mercado em benefício uma consecução adequada dos serviços públicos que lhe compete prestar. A eficiência da iniciativa privada para afirmar a atuação necessária e exclusiva do Estado em qualquer situação necessita de esforço na construção de equilíbrio entre público e privado, equacionar tais tensões entre estes polos sem violar o ordenamento jurídico vigente se trata de processo de maturação sobre a delimitação do que é coisa pública, a qual não pode ser apropriada privadamente. O público não é espaço de maximização das utilidades privadas individuais e o desenvolvimento do SUS após uma crise sanitária demanda melhor atuação estatal em conjunto com a sociedade por meio de uma construção coletiva.

REFERÊNCIAS

AGENCIA FRANCE PRESSE, Correio Braziliense, 01/08/2020. OMS prevê que pandemia do novo coronavírus será muito longa. Disponível em https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2020/08/01/interna_mundo,877605_oms-preve-que-pandemia-do-novo-coronavirus-sera-muito-longa.shtml. Acesso em 01/11/2022.

Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento. Nota Pública da Associação dos Servidores da Carreira do Planejamento e Orçamento – ASSECOR sobre sanção da LOA 2021. Disponível em <https://www.assecor.org.br/noticias/noticias-assecor/nota-publica-da-associacao-dos-sevidores-da-carreira-do-planejamento-e-orcamento-assecor-sobre-aprovacao-da-loa-2021/>; Acesso em 25/10/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença. 27 fev 2020. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeirocaso-da-doenca>; Acesso em 03/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19. Brasília: DF. Ministério da Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, 2020. p. 7. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/planocontingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em 25/10/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Vigiar Saúde é lançado pelo Ministério da Saúde [internet], 2020. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/programa-vigiar-sus-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em 25/10/2022.

BRASIL, Secretaria do Tesouro Nacional, Tesouro Nacional Transparente. Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19, 2020-2022. Disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>; Acesso em 05/11/2022.

BRASIL. Senado Federal. TV Senado. CPI da Pandemia ouve Natalia Pasternak e Claudio Maierovitch. 11 de junho de 2021. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/06/ao-vivo-cpi-da-pandemia-ouve-natalia-pasternak-e-claudio-maierovitch-2021-11-6-2021>; Acesso em 02/11/2022.

BRASIL, 2021. Senado Federal. Orçamento de 2021 foi aprovado sob pesadas críticas. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/25/orcamento-2021-foi-aprovado-sob-pesadas-criticas>; Acesso em 01/11/2022.

BURLAMAQUI, Bernardo Camargo. As Dimensões do Reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal: Possibilidades da Convenção Americana de Direitos Humanos e Novas Perspectivas de Aplicação do Instituto. Revista de Direito Público da Procuradoria-Geral do Município de Londrina. Londrina n. 2, vol. 10, 2021, páginas 55-68. Disponível em <http://www.aprolon.com.br/pkp/ojs/index.php/rdp-pgmlondrina/article/view/224>; Acesso em 22/10/2022.

COLLUCCI, Cláudia; FARIA, Flavia. Folha de S. Paulo, 26 jun 2021. Porta de entrada do SUS, atenção primária tem queda de 49% de consultas. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/06/porta-de-entrada-do-sus-atencao primaria-tem-queda-de-49-de-consultas.shtml> ; Acesso em 24/10/2022.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass: Covid-19 [internet]. 2020. Disponível em <https://bit.ly/37rYQpw>; Acesso em 22/10/2022.

CONTI, Thomas. Crise Tripla do Covid-19: um olhar econômico sobre políticas públicas de combate à pandemia, abril, 2020 [internet]. Disponível em <https://bit.ly/2ZeZbYX>; Acesso em 21/10/2022.

CROQUER, Gabriel. R7 Notícias. Em 1 ano, PF investiga mais de R\$ 2 bilhões em supostos desvios da covid. Disponível em <https://noticias.r7.com/brasil/em-1-ano-pf-investiga-mais-de-r-2-bi-em-supostos-desvios-da-covid-21042021>; Acesso em 01/11/2022.

DELATERRA, Edson; MIR, Daiana; Graf, Thiago; BELLO, Gonzalo. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in Western Countries. Mem Inst Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: medRxiv; 2020.

FERNANDES, Jorge Ulisses Jacoby et al. Direito Provisório e a emergência do Coronavírus. Belo Horizonte: Editora Forum, 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO, 6 abril 2021. Hospital das Forças Armadas reservam vagas para militares e deixam até 85% de leitos ociosos sem atender civis. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/04/hospitais-das-forcas-armadas-reservam-vagas-para-militares-e-deixam-ate-85-de-leitos-ociosos-sem-atender-civis.shtml>; Acesso em 24/10/2022.

FUNCIA, Francisco Rózsa.; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; Ocké-Reis Carlos Octávio. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde - Cofin/CNS de 28/10/2020 [internet]. 2020. Disponível em <https://bit.ly/35R4qkT>; Acesso 21/10/2022.

IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES, 2021. Disponível em <https://www.conjur.com.br/dl/responsabilidade-civil-denuncia.pdf>; Acesso em 25/10/2022.

INESC Instituto de Estudos Socioeconômicos. O Brasil com baixa imunidade: Balanço do Orçamento Geral da União 2019. 23 de abril de 2020. Disponível em <https://www.inesc.org.br/obrasilcombaixaimunidade/>; Acesso em 24/10/2022.

ISTO É. Bolsonaro empossa quarto ministro da Saúde, com país no caos pela Covid. 25/11/21, edição 2757. Disponível em <https://istoe.com.br/bolsonaro-empossa-quarto-ministro-da-saude-com-pais-no-caos-pela-covid/>; Acesso em 25/10/2022.

LIMA, Rodrigo de Luna. O estado de coisas inconstitucional na saúde e o necessário diálogo institucional entre as funções estatais. Revista Acadêmica Escola Superior do Ministério Público do Ceará, 2018.

LIMA, Vandson. 1/12/2020. Valor Globo. Alcolumbre marca para 16 de dezembro sessão para votar lei de diretrizes orçamentárias. Disponível em <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/12/01/alcolumbre-marca-para-16-de-dezembrossessao-para-votar-lei-de-diretrizes-orcamentarias.ghtml>; Acesso em 01/11/2022.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus, 2020. Disponível em

<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declarespublic-health-emergency-novel-coronavirus>; Acesso em 03/11/2022.

PINTO, Elida Graziane. Algumas agendas necessárias ao enfrentamento da calamidade nacional. 21 abril 2020. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2020-abr-21/contas-vista-algumas-agendas-necessarias-enfrentamento-calamidadenacional>; Acesso em 01/11/2022.

PINTO, Élidea Graziane. Contas à vista. É inconstitucional abrir crédito extraordinário para despesa previsível. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2021-fev-09/contas-vista-inconstitucional-abrir-credito-extraordinario-despesa-previsivel>; Acesso em 06/11/2022.

PINTO, Elida Graziane. Estado de Coisas Inconstitucional na política pública de saúde brasileira [artigo na Internet]. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2017 (Futuros do Brasil: Ideias para ação). Disponível em [http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo Elida Graziane.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo%20Elida%20Graziane.pdf) >. Acesso em 01/11/2022.

PINTO, Elida Graziane. Execução Orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19. São Paulo, 2021. Disponível em <http://www.mpc.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-sobre-a-execucao-orcamentaria-do-SUS-Elida-G-Pinto.pdf>; Acesso em 21/10/2021.

RODRIGUES, Lorena.; PIRES, Breno. O Estado de São Paulo 4 de julho de 2021. Governo destina R\$ 2,1 bilhões via orçamento secreto para Saúde. Disponível em <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,governo-destina-r-2-1-bi-via-orcamento-secreto-para-saude,70003768723>; Acesso em 25/10/2022.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco Rózsa. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Doming. da Saúde. 2020. Disponível em <https://bit.ly/36pNNID>; Acesso em 21/10/2022.

SÃO PAULO. TCESP. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Municípios paulistas investem R\$ 227 milhões na instalação de 63 hospitais de campanha. 26 junho 2020. Disponível em <https://www.tce.sp.gov.br/6524-municipios-paulistas-investem-r-227-milhoes-instalacao-63-hospitais-campanha>; Acesso em 01/11/2021.

SÃO PAULO. TCESP. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. No combate à COVID-19, Prefeituras contratam R\$ 1 bilhão sem licitação. 2020. Disponível em <https://www.tce.sp.gov.br/6524-combate-covid-19-prefeituras-contratam-r-1-bi-sem-licitacao>; Acesso em 01/11/2022.

VALOR.GLOBO. FMI adverte sobre a retirada prematura de estímulos fiscais, 15/10/2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/noticia/2020/10/15/fmi-adverte-sobre-a-retirada-prematura-de-estimulos-fiscais.ghtml>; Acesso em 01/11/2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Gasto federal com vigilância em saúde na última década e a necessidade de reforço do orçamento do Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia pelo coronavírus. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica n. 61). Disponível em <<https://bit.ly/2TKVLuY>>; Acesso em 21/10/2022.