



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE DIREITO

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

**UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO
ADMINISTRATIVA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA PANDEMIA DE
COVID-19.**

Natal – RN

2024

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

**UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO
ADMINISTRATIVA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA PANDEMIA DE
COVID-19.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário Rio
Grande do Norte (UNI-RN) como requisito
final para obtenção do título de Graduação
em Direito.

Orientador: Prof. Ricardo César Ferreira
Duarte Júnior.

Natal – RN

2024

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Duarte, Luiz Otavio Franco.

Uma análise da aplicação do Instituto Requisição Administrativa da administração pública na pandemia de Covid-19 / Luiz Otavio Franco Duarte. – Natal, 2024.

122 f.

Orientador: Prof. Ricardo César Ferreira Duarte Júnior.

Monografia (Graduação – Curso de Direito) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Requisição Administrativa – Monografia. 2. Gestão de crises – Monografia. 3. Efetividade – Monografia. 4. COVID-19 – Monografia. 5. Sistema Único de Saúde (SUS) – Monografia. I. Duarte Júnior, Ricardo César Ferreira. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 34

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE

**UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO
ADMINISTRATIVA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NA PANDEMIA DE
COVID-19.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário Rio
Grande do Norte (UNI-RN) como requisito
final para obtenção do título de Graduação
em Direito.

Aprovado em: / / .

BANCA EXAMINADORA

- Prof. Ricardo César Ferreira Duarte Júnior
 - **Orientador**
 -
 - **Membro 1**
 -
 - **Membro 2**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, inicialmente, à Deus e à minha excepcional família, em especial à minha amada esposa, pelo amor incondicional e pelo apoio constante em todas as etapas da minha jornada acadêmica. A vocês, que me ensinaram a importância da resiliência, da determinação e da sabedoria, minha eterna gratidão.

Às vítimas eternizadas da pandemia de COVID-19 e a todos os profissionais de saúde que, com coragem e dedicação, enfrentaram os desafios mais difíceis, a toda sociedade brasileira que lutou e superou a maior crise mundial de saúde, esta monografia é também um tributo.

Por fim, dedico a todos que acreditam na força do conhecimento, da justiça e da liberdade como pilares para a construção de um futuro mais equitativo e humano.

Amor por princípio,

Ordem por base, e

Progresso por finalidade.

Augusto Comte.

RESUMO

O Instituto da Requisição Administrativa, previsto no artigo 5º, inciso XXV, da Constituição Federal de 1988, constitui um mecanismo jurídico fundamental para a gestão de crises. Durante a pandemia de COVID-19, sua aplicação foi amplamente testada, evidenciando sua relevância na mobilização de recursos para enfrentamento de emergências de saúde. Esta monografia analisa a aplicação do Instituto em contextos nacionais e internacionais, destacando casos como os da Alemanha, França, EUA, Reino Unido, Itália e Espanha, além de sua aplicação no Brasil. No cenário nacional, identificaram-se conflitos entre os entes federativos, judicializações e lacunas regulatórias que comprometeram a efetividade das ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, este trabalho examina a atuação do Supremo Tribunal Federal em decisões que impactaram a aplicação do Instituto, revelando uma dicotomia de posicionamento em decisões de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) que abalaram, s.m.j., o princípio e o direito supranacionais da Dignidade da Pessoa Humana e à Vida. Com base nessa análise, a monografia apresenta cinco diretrizes estratégicas para regulamentação do Instituto. Conclui-se que o aprimoramento normativo é imprescindível para que a Requisição Administrativa seja utilizada como instrumento jurídico capaz de proteger a vida e garantir a eficiência, a efetividade, a universalidade e a equidade na gestão de crises internacionais no SUS.

Palavras-chave: Requisição Administrativa, Gestão de Crises, Efetividade, COVID-19, Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The Administrative Requisition Institute, established in Article 5, Section XXV of the 1988 Federal Constitution of Brazil, is a fundamental legal mechanism for crisis management. During the COVID-19 pandemic, its application was widely tested, demonstrating its relevance in mobilizing resources to address public health emergencies. This monograph examines the application of the Institute in national and international contexts, highlighting cases in Germany, France, the United States, the United Kingdom, Italy, and Spain, as well as its implementation in Brazil. In the national scenario, conflicts between federative entities, judicialization, and regulatory gaps compromised the effectiveness of actions within the Unified Health System (SUS).

Furthermore, this study analyzes the Supreme Federal Court's role in decisions that impacted on the Institute's application, revealing a dichotomy in the Court's positions on Direct Actions of Unconstitutionality (ADI), which, arguably, undermined the supranational principle and rights to Human Dignity and Life. Based on this analysis, the monograph presents five strategic guidelines for the Institute's regulation. It concludes that normative improvement is essential for the Administrative Requisition Institute to be effectively used as a legal instrument capable of protecting life and ensuring efficiency, effectiveness, universality, and equity in international crisis management within the SUS.

Keywords: Administrative Requisition, Crisis Management, Effectiveness, COVID-19, Unified Health System (SUS).

RESUMEN

El Instituto de Requisición Administrativa, establecido en el artículo 5, inciso XXV de la Constitución Federal de Brasil de 1988, es un mecanismo jurídico fundamental para la gestión de crisis. Durante la pandemia de COVID-19, su aplicación fue ampliamente puesta a prueba, demostrando su relevancia en la movilización de recursos para enfrentar emergencias de salud pública. Esta monografía examina la aplicación del Instituto en contextos nacionales e internacionales, destacando casos en Alemania, Francia, Estados Unidos, Reino Unido, Italia y España, así como su implementación en Brasil. En el escenario nacional, los conflictos entre entidades federativas, la judicialización y las lagunas regulatorias comprometieron la efectividad de las acciones en el Sistema Único de Salud (SUS).

Además, este estudio analiza el papel del Supremo Tribunal Federal en decisiones que impactaron la aplicación del Instituto, revelando una dicotomía en las posiciones del Tribunal en Acciones Directas de Inconstitucionalidad (ADI) que, argüiblemente, socavaron el principio y los derechos supranacionales a la Dignidad Humana y a la Vida. Basado en este análisis, la monografía presenta cinco directrices estratégicas para la regulación del Instituto. Se concluye que la mejora normativa es

esencial para que el Instituto de Requisición Administrativa sea utilizado de manera efectiva como un instrumento jurídico capaz de proteger la vida y garantizar eficiencia, efectividad, universalidad y equidad en la gestión de crisis internacionales dentro del SUS.

Palabras clave: Requisición Administrativa, Gestión de Crisis, Efectividad, COVID-19, Sistema Único de Salud (SUS).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O MUNDO E O INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA PANDEMIA COVID 19	14
2.1 RESUMO DA PANDEMIA NA ITÁLIA	14
2.1.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	14
2.1.2 Rede de Saúde	15
2.1.3 Infraestrutura	15
2.1.4 Medidas de Emergência e Legislação	16
2.1.5 Exemplos Práticos de Requisição	16
2.1.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	16
2.1.7 Intervenção do Poder Judiciário	17
2.2 SÍNTESE DA PANDEMIA NA ESPANHA	17
2.2.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	17
2.2.2 Rede de Saúde	18
2.2.3 Infraestrutura	19
2.2.4 Medidas de Emergência e Legislação	19
2.2.5 Exemplos Práticos de Requisição	20
2.2.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	20
2.2.7 Intervenção do Poder Judiciário	20
2.3 BREVIÁRIO DA PANDEMIA NA FRANÇA	21
2.3.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	21
2.3.2 Rede de Saúde	21
2.3.3 Infraestrutura	22
2.1.3.4 Medidas de Emergência e Legislação	23
2.3.5 Exemplos Práticos de Requisição	23
2.3.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	23
2.3.7 Intervenção do Poder Judiciário	24

2.4 EXTRATO DA PANDEMIA NA ALEMANHA	24
2.4.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	24
2.4.2 Rede de Saúde	25
2.4.3 Infraestrutura	26
2.4.4 Medidas de Emergência e Legislação	26
2.4.5 Exemplos Práticos de Requisição	27
2.4.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	27
2.4.7 Intervenção do Poder Judiciário	27
2.5 COMPÊNDIO DA PANDEMIA NOS ESTADOS UNIDOS	28
2.5.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	28
2.5.2 Rede de Saúde	28
2.5.3 Infraestrutura	29
2.5.4 Medidas de Emergência e Legislação	29
2.5.5 Exemplos Práticos de Requisição	30
2.5.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	30
2.5.7 Intervenção do Poder Judiciário	31
2.6 SINOPSE DA PANDEMIA NO REINO UNIDO	31
2.6.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	31
2.6.2 Rede de Saúde	32
2.6.3 Infraestrutura	32
2.6.4 Medidas de Emergência e Legislação	33
2.6.5 Exemplos Práticos de Requisição	33
2.6.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	34
2.6.7 Intervenção do Poder Judiciário	34
3 O BRASIL E A REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA PANDEMIA DE COVID-19	37
3.1 RESUMO DA PANDEMIA NO BRASIL	37
3.1.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia	37

3.1.2 Rede de Saúde	39
3.1.3 Infraestrutura	41
3.1.4 Medidas de Emergência e Legislação	42
3.1.5 Exemplos Práticos de Requisição Administrativa	43
3.1.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição	44
3.1.7 Intervenção do Poder Judiciário	45
4 AS DECISÕES DO STF E O PODER COERCITIVO DO ESTADO	47
4.1 O PODER COERCITIVO DO ESTADO POR MEIO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA E AS AÇÕES DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADI) 6362 E 3454	47
4.2 AS DECISÕES DO STF E AS REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS DO MS DE VENTILADORES PULMONARES DURANTE A PANDEMIA	51
4.3 AS DECISÕES DO STF E AS REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS DO MS DE INSUMOS DA VACINA (SERINGAS E AGULHAS) DURANTE A PANDEMIA	60
4.4 A POSIÇÃO DO STF NAS REQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS DO KIT INTUBAÇÃO, DE O2 MEDICINAL, DE CILINDRO/TANQUES DE O2 E DE USINAS DE O2 DURANTE A PANDEMIA	62
4.5 A DECISÃO DO STF E O PODER COERCITIVO DO ESTADO DE PERNAMBUCO (PE) NA REQUISIÇÃO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PRIVADA DURANTE A PANDEMIA	71
5 DIRETRIZES ESTRATÉGICAS PARA A REGULAMENTAÇÃO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA GESTÃO DE CRISE INTERNACIONAL EM SAÚDE	74
6 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXO A	97
ANEXO B	100

ANEXO C
ANEXO D

111
113

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Requisição Administrativa, previsto no artigo 5º, inciso XXV, da Constituição Federal de 1988, consolidou-se como um dos mecanismos jurídicos mais relevantes em tempos de crise. Antes de abordar o papel do Instituto na maior crise sanitária da história mundial, é fundamental entender o seu significado no ordenamento brasileiro. Os juristas Rafael Carvalho Rezende Oliveira e Maria Sylvia Zanella Di Pietro definem o Instituto da seguinte forma, *in verbis*:

“A requisição administrativa é a intervenção autoexecutória na qual o Estado utiliza-se de bens imóveis, móveis e de serviços particulares no caso de iminente perigo público. Ex.: requisição de hospitais privados, serviços médicos e de ambulâncias em razão de epidemia para tratamento dos doentes; requisição de barcos e de ginásios privados na hipótese de inundação para salvamento e alojamento dos desabrigados; requisição policial de um automóvel para perseguir um criminoso em fuga.

O fundamento da requisição administrativa é o estado de necessidade pública, com a caracterização do iminente perigo público, que denota situação urgente que não poderia aguardar a celebração de contratos administrativos ou a imissão provisória na posse em determinada ação de desapropriação (Oliveira, 2024, p. 606)”.

“A requisição administrativa pode apresentar-se sob diferentes modalidades, incidindo ora sobre bens, móveis ou imóveis, ora sobre serviços, identificando-se, às vezes, com a ocupação temporária e assemelhando-se, em outras, à desapropriação; é forma de limitação à propriedade privada de intervenção estatal no domínio econômico; justifica-se em tempo de paz e de guerra (Di Pietro, 2024, p. 150)”.

A Requisição Administrativa embora, tradicionalmente, descrita como medida excepcional e autoexecutória, seu protagonismo emergiu durante a pandemia de COVID-19, quando a escassez de recursos e a necessidade de ação imediata colocaram à prova a capacidade dos entes federativos de implementá-la eficazmente.

A velocidade de contágio do vírus Sars-CoV-2 e o alto grau de letalidade representaram desafios inéditos para administrações públicas em todo o mundo. A imprevisibilidade das curvas pandêmicas, com ondas sucessivas e regionalizadas, exigiu adaptações rápidas e eficazes nos sistemas de saúde. Governos enfrentaram não apenas a falta de infraestrutura hospitalar adequada, mas também a escassez de insumos críticos, como leitos de UTI, ventiladores pulmonares e medicamentos essenciais. No Brasil, com dimensões continentais, essas dificuldades foram agravadas pelas desigualdades regionais e pela fragmentação federativa, evidenciando a

importância de instrumentos jurídicos que garantissem agilidade e eficiência na gestão de crises.

O papel da requisição administrativa transcende os livros de Direito Administrativo e se manifesta como ferramenta prática de gestão. Seja ao analisar as diferentes experiências internacionais ou os desafios enfrentados no Brasil, observa-se que o instituto não apenas ampara juridicamente as ações estatais em situações de iminente perigo público, mas também evidencia fragilidades na coordenação entre os entes públicos e privados, bem como na gestão federativa.

Ao explorar a aplicação da requisição administrativa no mundo, destacam-se os exemplos de países como Itália, Espanha, França, EUA, Reino Unido e Alemanha. Cada um, com seus próprios sistemas de saúde e abordagens legislativas, utilizou o instituto de maneira adaptada à realidade local. A experiência italiana, por exemplo, mostrou a rapidez na requisição de hospitais privados e equipamentos médicos, enquanto a Espanha requisitou hotéis para funcionarem como hospitais temporários e centros de quarentena. Já a França e a Alemanha adotaram modelos híbridos, equilibrando medidas de requisição com estratégias de colaboração público-privada. Essas experiências ilustram como a requisição administrativa pode ser um instrumento dinâmico e essencial na gestão de crises, mas também expõem desafios comuns, como controvérsias sobre compensações justas e eficiência na gestão de recursos.

No Brasil, a pandemia de COVID-19 foi um teste de estresse para o Instituto. Apesar de ser fundamentado em uma base legal e robusta, e voltada, exclusivamente, para a Saúde, como a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 13.979/2020, a Requisição Administrativa revelou-se alvo de intensos debates e judicializações. Ventiladores pulmonares, leitos de UTI e insumos críticos tornaram-se objetos de disputa entre União, Estados e Municípios, trazendo à tona a necessidade de um modelo mais coeso e bem regulamentado. Oliveira¹, ao analisar os limites impostos pelo artigo 5º da Constituição e a interpretação restritiva de conceitos como “iminente perigo público”, reforça a importância de uma motivação robusta e da observância aos princípios da proporcionalidade e da necessidade.

O papel do Poder Judiciário, especialmente do Supremo Tribunal Federal (STF), foi intervencionista na aplicação do instituto durante a pandemia. Em decisões como nas ADI 3454 e 6362, o STF abordou questões críticas, como a autonomia federativa e o impacto da requisição em bens públicos e privados. Essas decisões, ainda que fundamentadas em princípios constitucionais como o pacto federativo, também expuseram os limites e as consequências da judicialização excessiva e não observando,

¹ OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Requisição administrativa: dos livros à realidade da administração pública. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2022-jul-05/rafael-oliveira-requisicao-administrativa-livros-realidade>> Acesso em: 21jnov.2024.

s.m.j., o princípio supranacional da Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Vida. Oliveira ², ao abordar a evolução do controle judicial na discricionariedade administrativa, ressalta que, embora a autoexecutoriedade seja característica do instituto, ela não elimina a necessidade de respeitar o devido processo legal e os direitos fundamentais dos particulares.

Por fim, ao discutir diretrizes estratégicas para a regulamentação da Requisição Administrativa, destaca-se a urgência de criar um marco regulatório nacional. A falta de uniformidade legislativa e de critérios objetivos não só gera insegurança jurídica, como também compromete a eficiência e a isonomia na gestão de crises sanitárias. A proposta de institucionalizar reuniões tripartites, envolvendo União, Estados e Municípios, emerge como uma solução viável para alinhar interesses e evitar litígios. Além disso, a integração público-privada, amplamente praticada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reflete a necessidade de superar dicotomias entre requisitar os bens e serviços públicos e os bens e serviços privados, reconhecendo a interdependência desses setores na gestão do Sistema de Saúde Nacional, descrito na Lei 8080/1990.

Este trabalho busca, portanto, despertar no jurista a compreensão da importância estratégica da requisição administrativa como instrumento jurídico e político em crises de saúde pública. Ao explorar suas aplicações, desafios e possibilidades de aprimoramento, pretende-se contribuir para o fortalecimento de uma gestão mais eficiente, equitativa e alinhada aos princípios constitucionais. A trajetória do instituto, de um conceito teórico para uma *prática essencial em emergências*, reforça a urgência de tratá-lo com a seriedade e a clareza que um futuro imprevisível demanda.

A seguir, será desenvolvida uma análise da utilização do Instituto Requisição Administra no Mundo, durante a maior crise sanitária da história, destacando os seguintes países: Itália, Espanha, França, Alemanha, Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido. E para obter um eixo comparativo, na análise desses países, foram observados os seguintes requisitos na área da saúde: Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia, Rede de Saúde, Infraestrutura, Medidas de Emergência e Legislação, Exemplos Práticos de Requisição, Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição e Intervenção do Poder Judiciário. Com isso, o primeiro capítulo abordará a importância do Instituto como ferramenta estratégica sanitária no globo e uma visão clara para comparar com o Brasil.

² OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Requisição administrativa: dos livros à realidade da administração pública. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2022-jul-05/rafael-oliveira-requisicao-administrativa-livros-realidade>> Acesso em: 21/nov.2024.

2 O MUNDO E O INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA PANDEMIA COVID 19

2.1 RESUMO DA PANDEMIA NA ITÁLIA

2.1.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

Curva Epidemiológica: a Itália foi um dos primeiros países fora da China a enfrentar uma grave crise de saúde pública devido à COVID-19. O país registrou um rápido aumento de casos a partir de fevereiro de 2020, com o pico da primeira onda ocorrendo em março do mesmo ano. Houve outras ondas subsequentes, notadamente no final de 2020 e início de 2021, acompanhadas de medidas de restrição rigorosas, como lockdowns¹.

O Número de Casos Absolutos: até o final de 2021, a Itália registrou mais de 5 milhões de casos confirmados de COVID-19. O número de mortes foi igualmente alarmante, com mais de 135.000 óbitos relacionados ao vírus até o final de 2021. Considerando que a população da Itália em 2020 era de aproximadamente 60 milhões de pessoas, a taxa de mortalidade foi significativa, colocando o país entre os mais afetados na Europa.²³

2.1.2 Rede de Saúde

O Servizio Sanitario Nazionale (SSN), durante a pandemia, enfrentou desafios significativos devido ao rápido aumento de casos de COVID-19. O sistema, já sob

¹ Dados epidemiológicos: informações obtidas do Istituto Superiore di Sanità (ISS). Disponível em: < <https://www.iss.it/>>. Acesso 16 out 2024

² Ministero della Salute (Ministério da Saúde da Itália). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <http://www.salute.gov.it/>>. Acesso 16 out 2024.

³ World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta da Itália à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso 16 out 2024.

pressão por causa do envelhecimento da população, teve que se adaptar rapidamente para atender à demanda crescente por cuidados intensivos e respiratórios.

O SSN continuou a fornecer cobertura universal a todos os cidadãos e residentes legais, mas a pandemia revelou desigualdades regionais na capacidade de resposta. O SSN cobre cerca de 100% da população, com uma pequena porcentagem (aproximadamente 20%) utilizando seguros privados para serviços suplementares.⁴

As regiões como a Lombardia, uma das mais afetadas, enfrentaram escassez de leitos de UTI e equipamentos médicos, apesar dos esforços para ampliar a capacidade rapidamente.

O setor privado foi mobilizado para complementar a resposta do SSN, especialmente no fornecimento de leitos adicionais, diagnósticos e tratamentos especializados; muitos hospitais e clínicas privadas foram requisitados para atender pacientes com COVID-19, aliviando a carga sobre o sistema público.

A pandemia levou a uma maior integração entre os setores público e privado, com o setor privado fornecendo serviços essenciais em áreas onde o SSN estava sobrecarregado; no entanto, o acesso a cuidados privados foi limitado pela capacidade e pelos custos, com uma maior dependência do SSN para os cuidados primários e intensivos.

2.1.3 Infraestrutura

A infraestrutura hospitalar da Itália foi severamente testada, com cerca de 12,5 leitos de UTI por 100.000 habitantes. Regiões do norte, como Lombardia e Veneto, que possuem melhor infraestrutura, ainda assim enfrentaram grandes dificuldades; enquanto regiões do sul, menos desenvolvidas, tiveram que lidar com recursos limitados e maiores desafios logísticos.

⁴ Ministero della Salute (Ministério da Saúde da Itália). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <http://www.salute.gov.it/>>. Acesso 16 out 2024.

Na pandemia, foram criados Hospitais de Campanha e leitos adicionais em tempo recorde para enfrentar a crise. O governo italiano e as regiões investiram em aumentar a capacidade das UTIs e em adquirir ventiladores e outros equipamentos críticos.⁵

2.1.4 Medidas de Emergência e Legislação

Decreto-Legge n. 18/2020 (Cura Italia): Este decreto, aprovado em 17 de março de 2020, foi uma das primeiras respostas legislativas da Itália à pandemia. Ele autorizou, entre outras medidas, a requisição temporária de bens móveis e imóveis, incluindo instalações médicas privadas, para enfrentar a emergência sanitária.⁶

Decreto-Legge n. 34/2020 (Decreto Rilancio): Este decreto, de 19 de maio de 2020, incluiu outras medidas de suporte econômico e de saúde pública, permitindo a ampliação das requisições de serviços médicos e infraestrutura hospitalar.⁷

2.1.5 Exemplos Práticos de Requisição

Um dos exemplos de requisição foi a utilização de hospitais privados e hotéis para tratar pacientes com COVID-19 ou para isolamento. A Itália também requisitou ventiladores, máscaras e outros equipamentos médicos essenciais para suprir a demanda dos hospitais públicos.

2.1.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

Vantagens:

- a) Rapidez na Resposta: a possibilidade de requisição permitiu uma resposta rápida do governo italiano na alocação de recursos críticos.

⁵ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.istat.it/> > Acesso 16 out 2024.

⁶ Decreto-Legge n. 18/2020 (Cura Italia). Publicado no Gazzetta Ufficiale. Disponível em: < <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg> >. Acesso 16 out 2024

⁷ Decreto-Legge n. 34/2020 (Decreto Rilancio). Publicado no Gazzetta Ufficiale. Disponível em: < <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00051/sg> > Acesso 16 out 2024.

- b) Ampla Cobertura de Saúde: a utilização de infraestruturas privadas ampliou a capacidade de atendimento do sistema de saúde.

Desvantagens:

- a) Controvérsias Jurídicas: a requisição de bens privados gerou controvérsias, especialmente em relação à compensação justa e ao impacto econômico para os proprietários.
- b) Eficiência da Gestão: houve críticas quanto à eficiência na gestão dos recursos requisitados, com alegações de desperdício e má utilização.

2.1.7 Intervenção do Poder Judiciário

Durante a pandemia, o poder judiciário italiano foi chamado a se pronunciar sobre diversas ações de requisição, especialmente em casos de contestação por parte de proprietários de bens requisitados. A jurisprudência italiana teve que balancear a necessidade pública com os direitos individuais, geralmente favorecendo as medidas emergenciais, dado o caráter excepcional da crise.⁸

2.2 SÍNTESE DA PANDEMIA NA ESPANHA

2.2.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

Curva Epidemiológica: a Espanha enfrentou uma das situações mais críticas da Europa durante a primeira onda da pandemia. O pico de casos ocorreu em março e abril de 2020, com subseqüentes ondas durante o outono e inverno de 2020-2021. A curva epidemiológica foi marcada por uma alta transmissibilidade e pressão sobre o sistema de saúde.

⁸ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.istat.it/> > Acesso 16 out 2024.

Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, a Espanha registrou mais de 6 milhões de casos confirmados de COVID-19. A Espanha contabilizou mais de 140.000 mortes relacionadas à COVID-19 até o final de 2021. Com uma população de aproximadamente 47 milhões de pessoas em 2020, a taxa de mortalidade, também, foi uma das mais altas do mundo.⁹

2.2.2 Rede de Saúde

O Sistema Nacional de Salud (SNS) da Espanha oferece cobertura universal a todos os cidadãos e residentes legais, financiado principalmente por impostos. Durante a pandemia, o SNS foi o principal responsável pelo tratamento de pacientes com COVID-19, com hospitais públicos na linha de frente do combate à crise.

O SNS continuou a fornecer cobertura a toda a população espanhola, que era de cerca de 47 milhões de pessoas, em 2020. O SNS cobre aproximadamente 99% da população, com cerca de 20% optando por seguros privados para serviços especializados; no entanto, a pandemia sobrecarregou o sistema, especialmente durante os picos de março e abril, levando à saturação dos hospitais em regiões como Madrid e Catalunha.¹⁰

O setor privado na Espanha desempenhou um papel significativo durante a pandemia, complementando o SNS; muitos hospitais privados foram integrados à resposta emergencial, tratando pacientes com COVID-19 e fornecendo suporte ao sistema público.

A pandemia levou a uma maior colaboração entre os setores público e privado, com hospitais privados oferecendo leitos adicionais e recursos para aliviar a pressão

⁹ Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponível em: < <https://www.ine.es/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

¹⁰ Ministerio de Sanidad (Ministério da Saúde da Espanha). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://www.mscbs.gob.es/>>. Acesso 16 out 2024..

sobre o SNS. No entanto, o acesso a cuidados privados foi limitado pela alta demanda e pela capacidade, com a maioria dos casos graves sendo tratados no SNS.

2.2.3 Infraestrutura

Em 2020, a infraestrutura hospitalar da Espanha foi severamente desafiada. As regiões como Madrid e Catalunha, com alta densidade populacional, enfrentaram os maiores desafios, enquanto regiões menos populosas conseguiram lidar melhor com a demanda. A Espanha possuía aproximadamente 9,7 leitos de UTI por 100.000 habitantes, o que gerou uma sobrecarga significativa nos hospitais.¹¹

Durante a pandemia, o governo espanhol estabeleceu Hospitais de Campanha, como o hospital IFEMA em Madrid, e aumentou a capacidade de UTIs para enfrentar a crise. Foram realizadas aquisições emergenciais de equipamentos médicos e EPIs, e houve uma rápida mobilização de recursos humanos para fortalecer o sistema.

2.2.4 Medidas de Emergência e Legislação

O Real Decreto-ley 8/2020, aprovado em 17 de março de 2020, estabeleceu medidas urgentes extraordinárias para fazer face ao impacto econômico e social da COVID-19. Entre as medidas, estavam incluídas a possibilidade de requisição de bens móveis e imóveis para garantir a resposta à emergência sanitária.¹²

O Real Decreto 463/2020, de 14 de março de 2020, foi declarado o estado de alarme em todo o território espanhol para a gestão da crise sanitária ocasionada pela COVID-19. Este decreto permitiu a mobilização de todos os recursos disponíveis, públicos e privados, para combater a pandemia.¹³

¹¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.ine.es/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

¹² Real Decreto-ley 8/2020. Publicado no Boletín Oficial del Estado. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3824>>. Acesso 16 out 2024.

¹³ Real Decreto 463/2020. Publicado no Boletín Oficial del Estado. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>>. Acesso 17 out 2024.

2.2.5 Exemplos Práticos de Requisição

A Espanha requisitou hotéis para funcionarem como hospitais temporários e centros de quarentena durante os picos de contágio. Houve requisição de materiais como respiradores, máscaras e outros equipamentos médicos essenciais para reforçar a capacidade do sistema de saúde.

2.2.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

Vantagens:

- a) Resposta Rápida: a requisição de recursos permitiu uma rápida adaptação do sistema de saúde espanhol às necessidades emergenciais.
- b) Aumento da Capacidade de Atendimento: a utilização de instalações privadas aumentou a capacidade de atendimento durante os picos da pandemia.

Desvantagens:

- a) Conflitos Jurídicos: as requisições geraram conflitos jurídicos, especialmente quanto à compensação e aos direitos dos proprietários.
- b) Gestão dos Recursos: como em outros países, a gestão dos recursos requisitados foi alvo de críticas, principalmente no que tange à **eficiência**.

2.2.7 Intervenção do Poder Judiciário

Durante a pandemia, o poder judiciário espanhol enfrentou desafios relacionados à legalidade das requisições e ao equilíbrio entre as medidas de emergência e os direitos individuais. Decisões judiciais foram tomadas em casos específicos de contestação, com o judiciário geralmente apoiando as medidas do governo devido à natureza da crise.¹⁴

¹⁴Instituto Nacional de Estadística (INE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.ine.es/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

2.3 BREVIÁRIO DA PANDEMIA NA FRANÇA

2.3.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

A Curva Epidemiológica na França enfrentou várias ondas de COVID-19, com a primeira grande onda ocorrendo em março e abril de 2020. Outras ondas significativas ocorreram no final de 2020 e durante 2021, resultando em medidas rigorosas de confinamento e restrições sociais.

O Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, a França registrou mais de 9 milhões de casos confirmados de COVID-19. O número de mortes na França foi superior a 120.000 até o final de 2021. Com uma população de aproximadamente 67 milhões de pessoas, em 2020, a taxa de mortalidade foi uma das mais elevadas na Europa.¹⁵

2.3.2 Rede de Saúde

A Assurance Maladie (Segurança Social): o sistema de saúde francês é conhecido por sua ampla cobertura, oferecida principalmente pelo sistema público de saúde, financiado por contribuições sociais. Na pandemia, a Assurance Maladie foi fundamental na coordenação e financiamento dos cuidados de saúde, com hospitais públicos no centro da resposta. O sistema público cobre aproximadamente 99% da população através da Assurance Maladie, com cerca de 10% utilizando seguros privados suplementares.¹⁶

O sistema público de saúde da França continuou a fornecer cobertura universal para todos os cidadãos e residentes legais, aproximadamente 67 milhões de pessoas. A pandemia, no entanto, colocou uma enorme pressão sobre o sistema, especialmente durante os picos de infecção em março e abril.

O setor privado na França desempenhou um papel complementar durante a pandemia, fornecendo serviços adicionais, leitos de UTI e tratamentos especializados;

¹⁵ Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Santé Publique France. Disponível em: < <https://www.santepubliquefrance.fr/>.> Acesso em: 13 out. 2024.

¹⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé (Ministério da Solidariedade e Saúde da França). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://solidarites-sante.gouv.fr/>.>. Acesso em: 13 out. 2024.

muitos hospitais privados foram requisitados para apoiar a resposta do sistema público à crise.

A colaboração entre os setores público e privado foi intensificada durante a pandemia. Os hospitais privados disponibilizaram suas instalações e recursos para ajudar a enfrentar a emergência de saúde pública, embora a maioria dos cuidados críticos continuasse a ser gerida pelo sistema público.

2.3.3 Infraestrutura

Em 2020, a infraestrutura hospitalar francesa foi testada ao limite. A França contava com cerca de 16 leitos de UTI por 100.000 habitantes, o que revelou desafios durante os picos. As regiões como Île-de-France e Grand Est, densamente povoadas, foram as mais afetadas, enquanto outras regiões enfrentaram desafios menores, mas igualmente significativos.¹⁷

O Aumento da Capacidade: durante a pandemia, a França aumentou rapidamente a capacidade de suas unidades de terapia intensiva (UTIs) e estabeleceu Hospitais de Campanha em várias regiões para lidar com a sobrecarga de pacientes. O governo também mobilizou recursos adicionais, incluindo a compra emergencial de ventiladores e equipamentos de proteção individual (EPIs).

2.3.4 Medidas de Emergência e Legislação

Loi n° 2020-290 de 23 mars 2020: esta lei estabeleceu o estado de emergência sanitária na França e deu poderes extraordinários ao governo para implementar medidas para combater a pandemia. Incluiu a possibilidade de requisitar bens e serviços para assegurar o funcionamento dos serviços de saúde.¹⁸

¹⁷ Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.insee.fr/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

¹⁸ Loi n° 2020-290 de 23 mars 2020. Publicada no Journal Officiel de la République Française. Disponível em: < <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Décret n° 2020-293 de 23 mars 2020: Regulamentou as medidas restritivas e de emergência, incluindo o confinamento e a mobilização de recursos privados para enfrentar a crise.¹⁹

2.3.5 Exemplos Práticos de Requisição

Infraestruturas Privadas: a França requisitou hospitais privados e outros estabelecimentos para aumentar a capacidade de atendimento durante os picos da pandemia.

Recursos Médicos: Houve requisição de equipamentos essenciais, como ventiladores e máscaras, para garantir o suprimento aos hospitais públicos.

2.3.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

As vantagens:

- a) **Resposta Rápida e Eficiente:** a França foi capaz de mobilizar rapidamente os recursos necessários para enfrentar a crise, graças às medidas de requisição.
- b) **Capacidade de Atendimento Ampliada:** a utilização de instalações privadas permitiu à França lidar melhor com os picos de casos.

As desvantagens:

- a) **Desafios Jurídicos:** as requisições administrativas geraram disputas legais, especialmente relacionadas à compensação justa e à proporcionalidade das medidas.
- b) **Questões de Gestão:** houve críticas sobre a eficácia da gestão dos recursos requisitados e sobre o impacto econômico dessas medidas no setor privado.

2.3.7 Intervenção do Poder Judiciário

Durante a pandemia, o poder judiciário francês avaliou a legalidade de várias medidas tomadas pelo governo, incluindo as requisições administrativas. O Conselho de

¹⁹ Décret n° 2020-293 de 23 mars 2020. Publicado no Journal Officiel de la République Française, Disponível em: < <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746143>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Estado (Conseil d'État) foi particularmente ativo em revisar as medidas emergenciais, equilibrando a proteção da saúde pública com os direitos individuais.²⁰

2.4 EXTRATO DA PANDEMIA NA ALEMANHA

2.4.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

A Curva Epidemiológica na Alemanha experimentou várias ondas de COVID-19, com a primeira ocorrendo na primavera de 2020. As ondas subsequentes ocorreram durante o outono de 2020 e o inverno de 2021. A Alemanha foi elogiada, inicialmente, pela resposta eficaz, mas enfrentou desafios à medida que a pandemia continuava.

O Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, a Alemanha registrou mais de 7 milhões de casos confirmados de COVID-19. O número de mortes na Alemanha foi superior a 110.000 até o final de 2021. Com uma população de cerca de 83 milhões de pessoas em 2020, a taxa de mortalidade foi relativamente baixa em comparação com outros países europeus.²¹

2.4.2 Rede de Saúde

O Gesetzliche Krankenversicherung (GKV - Seguro de Saúde Obrigatório), sistema de saúde alemão, é financiado principalmente por contribuições obrigatórias ao seguro de saúde, que cobre aproximadamente *90% da população*. Durante a pandemia,

²⁰ Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.insee.fr/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

²¹ Dados epidemiológicos: Informações obtidas do Robert Koch Institute. Disponível em: < https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

o GKV foi crucial na coordenação dos cuidados de saúde, com hospitais públicos no centro da resposta à COVID-19.²²

Em 2020, o sistema de saúde público alemão continuou a fornecer cobertura universal para todos os cidadãos e residentes legais, aproximadamente 83 milhões de pessoas. A Alemanha possuía uma infraestrutura robusta de saúde pública, que ajudou a mitigar os impactos mais graves da pandemia, embora o sistema tenha sido desafiado, especialmente durante os picos de infecção.

O setor privado na Alemanha desempenhou um papel importante durante a pandemia, fornecendo suporte adicional, leitos de UTI e serviços especializados. Cerca de 10% da população é coberta pelo seguro de saúde privado, que geralmente oferece acesso a cuidados de saúde mais rápidos e especializados.

A Cobertura Assistencial em 2020: durante a pandemia, houve uma colaboração significativa entre os setores público e privado, com hospitais privados sendo integrados à resposta emergencial para aliviar a pressão sobre os hospitais públicos, especialmente em áreas altamente afetadas.

2.4.3 Infraestrutura

Em 2020, a infraestrutura hospitalar alemã, conhecida por *sua capacidade e eficiência*, foi desafiada ao limite, mas resistiu melhor do que em muitos outros países europeus. Com aproximadamente 33 leitos de UTI por 100.000 habitantes, a Alemanha liderou em termos de capacidade hospitalar, refletindo uma preparação robusta que ajudou a mitigar a pressão sobre o sistema de saúde.²³

²² Bundesministerium für Gesundheit (Ministério Federal da Saúde da Alemanha). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>. Acesso em: 14 out. 2024.

²³ Robert Koch Institute (RKI). Dados e análises sobre a pandemia de COVID-19 na Alemanha. Disponível em: < https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

Regiões como Baviera e Renânia do Norte-Vestfália, com alta densidade populacional, enfrentaram os maiores desafios, enquanto outras regiões geriram melhor a demanda.

Na pandemia, a Alemanha aumentou significativamente a capacidade de suas unidades de terapia intensiva (UTIs), com *uma das maiores taxas de leitos de UTI per capita da Europa*. A compra emergencial de ventiladores e EPIs também foi acelerada para garantir que os hospitais pudessem lidar com o influxo de pacientes.

2.4.4 Medidas de Emergência e Legislação

A Infektionsschutzgesetz (IfSG): a Lei de Proteção contra Infecções, existente antes da pandemia, foi emendada várias vezes em 2020 para incluir medidas específicas contra a COVID-19. Essa lei deu ao governo federal e aos governos estaduais poderes para impor restrições, incluindo a *requisição de bens e serviços para controlar a pandemia*.²⁴

A Bundesnotbremse (Freio de Emergência Nacional): introduzida em abril de 2021, essa medida legal estabeleceu um padrão nacional de restrições a serem aplicadas automaticamente quando as taxas de infecção ultrapassassem certos limiares, incluindo a mobilização de recursos privados para enfrentar a crise.²⁵

2.4.5 Exemplos Práticos de Requisição

A Alemanha requisitou hospitais privados e outras instalações para aumentar a capacidade de atendimento durante os picos da pandemia. O governo alemão requisitou ventiladores, máscaras e outros equipamentos médicos *essenciais para suprir as necessidades dos hospitais públicos*.

2.4.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

As vantagens:

²⁴ Infektionsschutzgesetz (IfSG). Disponível em: < <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>>. Acesso em: 14 out. 2024.

²⁵ Bundesnotbremse. Disponível em: < <https://www.bundesregierung.de/breg-en/news/federal-emergency-brake-1874992>>. Acesso em: 14 out. 2024.

a) Resposta Coordenada e Eficiente: a Alemanha conseguiu mobilizar recursos rapidamente e de forma coordenada entre os estados e o governo federal.

b) Capacidade de Atendimento Expandida: A requisição de instalações privadas e a aquisição de equipamentos essenciais ajudaram a mitigar os efeitos dos picos da pandemia.

As desvantagens:

a) Complexidade Jurídica: As medidas de requisição geraram debates e desafios jurídicos, especialmente relacionados à justa compensação e à aplicação proporcional das medidas.

b) Pressão sobre o Setor Privado: as requisições administrativas criaram tensões entre o governo e o setor privado, especialmente em relação ao impacto econômico das medidas.

2.4.7 Intervenção do Poder Judiciário

O Tribunal Constitucional Federal da Alemanha (Bundesverfassungsgericht) desempenhou um papel importante na revisão das medidas de emergência, incluindo as requisições administrativas. O tribunal garantiu que as medidas fossem proporcionais e respeitassem os direitos fundamentais, mas geralmente apoiou as ações do governo devido à gravidade da crise.²⁶

2.5 COMPÊNDIO DA PANDEMIA NOS ESTADOS UNIDOS

2.5.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

A Curva Epidemiológica nos Estados Unidos enfrentou várias ondas de COVID-19, com a primeira grande onda ocorrendo na primavera de 2020. Outras ondas significativas ocorreram no final de 2020 e em 2021, com diferentes estados

²⁶ Robert Koch Institute (RKI). Dados e análises sobre a pandemia de COVID-19 na Alemanha. Disponível em: < https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

experienciando picos de infecção em momentos variados devido à resposta descentralizada.

O Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, os Estados Unidos registraram mais de 50 milhões de casos confirmados de COVID-19. O Número de Mortes *nos Estados Unidos ultrapassou 800.000 até o final de 2021*. Com uma população de cerca de 331 milhões de pessoas em 2020, *a taxa de mortalidade foi uma das mais altas do mundo.*²⁷

2.5.2 Rede de Saúde

O Medicare, Medicaid e Veterans Health Administration (VHA), o sistema de saúde público nos Estados Unidos, é fragmentado, com programas como Medicare e Medicaid, além do VHA, atendendo a diferentes populações, incluindo idosos, pessoas de baixa renda e veteranos. Na pandemia, esses programas desempenharam um papel crucial na resposta à crise, especialmente no atendimento a populações vulneráveis.

Em 2020, a cobertura pública nos EUA atendeu cerca de 37% da população através de programas como Medicare e Medicaid; no entanto, a pandemia expôs as limitações do sistema público, especialmente em áreas com alta demanda por cuidados intensivos e em regiões rurais com acesso limitado a serviços de saúde.²⁸

O setor privado de saúde nos Estados Unidos cobre a maioria da população, sendo financiado principalmente por seguros de saúde privados oferecidos por empregadores ou adquiridos individualmente; durante a pandemia, os hospitais privados foram essenciais para o atendimento de pacientes com COVID-19, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas.

Aproximadamente 55% da população dos EUA era coberta por seguros privados em 2020; durante a pandemia, houve uma colaboração significativa entre o setor público

²⁷ Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: < <https://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

²⁸ Department of Health and Human Services (HHS). Informações sobre a resposta do governo dos EUA à pandemia. Disponível em: < <https://www.hhs.gov/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

e privado, embora o acesso a cuidados de saúde tenha variado amplamente dependendo da cobertura de seguro e da localização geográfica.²⁹

2.5.3 Infraestrutura

Os Estados Unidos possuem uma infraestrutura hospitalar diversa, composta *por hospitais públicos, privados e comunitários*. Em 2020, a infraestrutura hospitalar foi severamente testada, especialmente em estados como Nova York, Califórnia e Flórida, onde houve picos de infecção. Os EUA possuíam cerca de 25 leitos de UTI por 100.000 habitantes, com uma infraestrutura variada entre os estados, o que contribuiu para respostas desiguais em diferentes regiões do país. A capacidade de leitos de UTI e o acesso a ventiladores foram pontos críticos.³⁰

Na pandemia, os EUA aumentaram significativamente a capacidade de suas UTIs e criaram Hospitais de Campanha em áreas fortemente afetadas. O governo federal mobilizou recursos através do Defense Production Act para acelerar a produção de ventiladores e EPIs.

2.5.4 Medidas de Emergência e Legislação

A Defense Production Act (DPA), lei existente desde 1950, utilizada durante a pandemia de COVID-19 para permitir ao governo federal requisitar bens e serviços essenciais para a resposta à crise. O DPA foi invocado várias vezes para aumentar a produção de equipamentos médicos, como ventiladores e máscaras.³¹

A National Emergencies Act, de 13 de março de 2020, o presidente dos Estados Unidos declarou uma emergência nacional, permitindo ao governo federal acessar fundos

²⁹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dados e orientações sobre a resposta à COVID-19 nos EUA. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/>> Acesso 14 out 2024.

³⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dados e orientações sobre a resposta à COVID-19 nos EUA. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/>> Acesso 14 out 2024.

³¹ Defense Production Act (DPA). Disponível em: < <https://www.fema.gov/disasters/defense-production-act>>. Acesso em: 15 out. 2024.

e poderes adicionais para combater a pandemia, incluindo a mobilização de recursos privados.³²

2.5.5 Exemplos Práticos de Requisição

Sob o Defense Production Act, empresas privadas foram obrigadas a produzir ventiladores, máscaras e outros equipamentos essenciais. Por exemplo, grandes montadoras de automóveis como a General Motors foram requisitadas para fabricar ventiladores.

Os Hospitais de Campanha e outras infraestruturas temporárias foram montados, e certos hotéis e instalações foram requisitados para funcionar como centros de isolamento ou hospitais temporários.

2.5.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

As vantagens:

- a) Resposta Flexível: o uso do Defense Production Act permitiu uma resposta rápida e flexível às necessidades emergenciais, especialmente no início da pandemia.
- b) Capacidade de Produção Ampliada: a mobilização de empresas privadas para produzir equipamentos médicos essenciais ajudou a mitigar as deficiências críticas no sistema de saúde.

As desvantagens:

- a) Descentralização e Inconsistência: a resposta à pandemia foi altamente descentralizada, levando a inconsistências nas medidas de controle entre os estados.
- b) Desafios Jurídicos: as requisições administrativas e outras medidas emergenciais enfrentaram desafios legais significativos, com *decisões judiciais variando amplamente em diferentes jurisdições*.

³² National Emergencies Act. Disponíveis em: <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2011-title50/html/USCODE-2011-title50-chap34.htm>>. Acesso em: 15 out. 2024.

2.5.7 Intervenção do Poder Judiciário

O judiciário dos Estados Unidos foi amplamente envolvido na revisão das medidas de emergência, incluindo requisições administrativas e mandados de saúde pública. A Suprema Corte dos EUA revisou vários casos relacionados a mandados de vacinação e medidas restritivas, refletindo o debate contínuo sobre os limites do poder executivo durante a pandemia.³³

2.6 SINOPSE DA PANDEMIA NO REINO UNIDO

2.6.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

A Curva Epidemiológica no Reino Unido enfrentou várias ondas significativas de COVID-19, com a primeira grande onda em março e abril de 2020. Houve um segundo grande pico durante o inverno de 2020-2021, agravado pela variante Alfa (B.1.1.7), que foi identificada pela primeira vez no país.

O Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, o Reino Unido registrou mais de 10 milhões de casos confirmados de COVID-19. O número de mortes no Reino Unido ultrapassou 150.000 até o final de 2021. Com uma população de cerca de 67 milhões de pessoas em 2020, a taxa de mortalidade foi uma das mais altas da Europa.³⁴

2.6.2 Rede de Saúde

O National Health Service (NHS) é a principal entidade de saúde pública no Reino Unido, oferecendo *cobertura universal* a todos os cidadãos e residentes legais. Financiado por impostos, o NHS foi central na resposta à pandemia, coordenando a maior parte dos cuidados de saúde e enfrentando a maior parte da pressão durante os picos de infecção.

³³

³⁴ Dados epidemiológicos: Informações obtidas do Public Health England (PHE). Disponível em: < <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>.>. Acesso em: 16 out. 2024.

O NHS continuou a fornecer cobertura universal para os cerca de 67 milhões de pessoas no Reino Unido. O NHS cobre cerca de 100% da população, com cerca de 10% optando por seguros privados para acesso mais rápido a serviços especializados. Na pandemia, a capacidade do NHS foi severamente testada, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas como Londres e Manchester.³⁵

O setor privado no Reino Unido complementa o NHS, oferecendo serviços de saúde adicionais e especializados, muitas vezes pagos diretamente ou por meio de seguros privados; durante a pandemia, o setor privado foi mobilizado para aliviar a pressão sobre o NHS, oferecendo leitos de UTI, diagnósticos e tratamentos especializados.

Em 2020, aproximadamente *10% da população do Reino Unido tinha seguro de saúde privado em 2020*; durante a pandemia, o setor privado foi integrado à resposta emergencial, com o governo contratando hospitais privados para ajudar a lidar com o fluxo de pacientes.

2.6.3 Infraestrutura

Em 2020, a infraestrutura hospitalar do Reino Unido foi severamente desafiada. Regiões como Londres, Midlands e o norte da Inglaterra enfrentaram os maiores desafios devido à alta densidade populacional e ao rápido aumento dos casos de COVID-19. O Reino Unido tinha aproximadamente 10 leitos de UTI por 100.000 habitantes; a capacidade de leitos de UTI foi um ponto crítico, levando à criação de Hospitais de Campanha, como o NHS Nightingale em Londres.³⁶

Durante a pandemia, o governo britânico aumentou rapidamente a capacidade das UTIs e estabeleceu Hospitais de Campanha em várias regiões. A mobilização de

³⁵ National Health Service (NHS). Informações e relatórios sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: <<https://www.nhs.uk/>>. Acesso em: 16 out. 2024.

³⁶ Public Health England (PHE). Dados e orientações sobre a pandemia de COVID-19. Disponíveis em: <<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>>. Acesso em: 16 out. 2024.

recursos, incluindo a compra emergencial de ventiladores e EPIs, foi essencial para responder à crise.

2.6.4 Medidas de Emergência e Legislação

O Coronavirus Act 2020, este ato do Parlamento, aprovado em 25 de março de 2020, deu ao governo britânico poderes amplos para combater a pandemia, incluindo a possibilidade de *requisitar propriedades e serviços, controlar a movimentação de pessoas e fechar negócios*.³⁷

A Health Protection (Coronavirus, Restrictions) Regulations 2020: regulamentações específicas foram emitidas para impor medidas de confinamento e restrições sociais, incluindo o fechamento de negócios e a proibição de reuniões públicas.³⁸

2.6.5 Exemplos Práticos de Requisição

O governo britânico estabeleceu Hospitais de Campanha, como o NHS Nightingale, para lidar com o influxo de pacientes durante os picos da pandemia. As infraestruturas privadas, também, foram requisitadas para fornecer suporte ao sistema de saúde.

A produção e distribuição de equipamentos médicos, como ventiladores e máscaras, foram coordenadas pelo governo, incluindo a requisição de serviços e produção de empresas privadas.

2.6.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto Requisição

As vantagens:

a) Capacidade de Resposta Rápida: a legislação emergencial permitiu uma resposta rápida e coordenada à pandemia, especialmente na mobilização de recursos médicos e hospitalares.

³⁷ Coronavirus Act 2020. Disponível em: <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/contents/enacted>>. Acesso em: 16 out. 2024.

³⁸ Health Protection (Coronavirus, Restrictions) Regulations 2020. Disponível em: <<https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/350/contents/made>>. Acesso em: 16 out. 2024.

b) Proteção da Saúde Pública: as medidas de restrição e requisição ajudaram a proteger o sistema de saúde do Reino Unido de ser sobrecarregado durante os picos de casos.

As desvantagens:

a) Impacto Econômico e Social: as requisições e as medidas de lockdown tiveram um impacto econômico significativo, particularmente em setores como o varejo e a hospitalidade.

b) Debates sobre Liberdades Civis: a extensão dos poderes governamentais durante a pandemia gerou debates sobre o equilíbrio entre a saúde pública e as liberdades civis, com várias contestações jurídicas.

2.6.7 Intervenção do Poder Judiciário

Os tribunais britânicos, incluindo a Suprema Corte do Reino Unido, foram chamados a se pronunciar sobre a legalidade de várias medidas de emergência, incluindo a imposição de lockdowns e a aplicação de regulamentos relacionados à saúde pública. Em geral, os *tribunais apoiaram as medidas do governo*, reconhecendo a gravidade da crise.³⁹

A análise comparativa dos sistemas de saúde pública e privada em países como Itália, Espanha, França, Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido durante a pandemia de COVID-19 revela tanto a resiliência quanto as vulnerabilidades de cada sistema diante de uma crise de saúde global sem precedentes. Em todos esses países, *o Instituto da Requisição Administrativa emergiu como uma ferramenta essencial para a gestão de crises*, garantindo uma resposta rápida e eficiente e permitindo a mobilização de recursos privados para complementar o sistema de saúde público.

³⁹ Public Health England (PHE). Dados e orientações sobre a pandemia de COVID-19. Disponíveis em: <<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>>. Acesso em: 16 out. 2024.

A utilização do Instituto da Requisição Administrativa foi fundamental para ampliar rapidamente a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, especialmente em relação à infraestrutura hospitalar. Essa ferramenta permitiu aos governos requisitarem bens e serviços privados essenciais, como leitos de UTI, ventiladores e outros equipamentos médicos, assegurando que as necessidades críticas fossem atendidas em um cenário de demanda extraordinária. Cabe destacar que as leis emergenciais, nesses países pesquisados, ampliavam o poder requisitório sobre bens e serviços, independentemente de serem públicos ou privados.

A intervenção do poder judiciário, embora necessária para garantir a legalidade das medidas adotadas durante a pandemia, apresentou tanto pontos positivos quanto negativos. Por um lado, os tribunais desempenharam um papel crucial na proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos, assegurando que as ações governamentais, como a Requisição Administrativa, fossem conduzidas dentro dos limites legais e constitucionais. Essa intervenção foi importante para manter o equilíbrio entre a necessidade de ações emergenciais e a proteção dos direitos individuais.

Por outro lado, a intervenção judicial também trouxe desafios significativos para a gestão de crises. Em alguns casos, *as decisões judiciais resultaram em atrasos na implementação de medidas críticas, complicando a resposta rápida necessária durante os picos da pandemia*. Além disso, a judicialização de decisões administrativas complexas revelou as limitações do sistema jurídico em lidar com situações emergenciais de saúde pública, onde a celeridade e a flexibilidade são essenciais.

Em síntese, a pandemia de COVID-19 sublinhou a importância vital do Instituto da Requisição Administrativa na gestão de crises, permitindo a mobilização eficaz de recursos para enfrentar desafios extraordinários. No entanto, a intervenção do poder judiciário, enquanto desempenhou um papel protetor necessário, também evidenciou as dificuldades de se manter um equilíbrio entre a urgência das ações governamentais e a proteção dos direitos individuais em um contexto de crise. O futuro das políticas de saúde pública deverá considerar essas lições, buscando aperfeiçoar os mecanismos de resposta a crises para maximizar a eficiência e equidade do sistema de saúde, tanto

público quanto privado, minimizando os impactos negativos para os cidadãos e as empresas envolvidas.

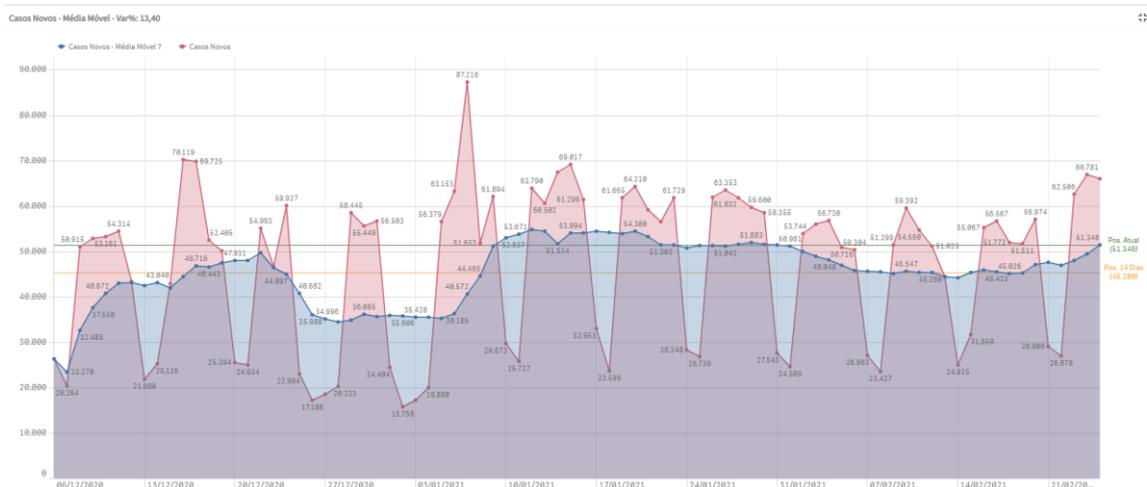
A seguir, será estudada a utilização do Instituto da Requisição no Brasil, abordando os mesmos critérios utilizados neste primeiro capítulo. Com isso, o segundo capítulo poderá evidenciar uma rica análise entre o Brasil e o Mundo, na maior crise internacional em saúde.

3 O BRASIL E A REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA PANDEMIA DE COVID-19

3.1 RESUMO DA PANDEMIA NO BRASIL

3.1.1 Curva Epidemiológica e Dados da Pandemia

O Brasil enfrentou diversas ondas de infecção por COVID-19, sendo que a primeira grande onda ocorreu entre março e julho de 2020. As ondas subsequentes foram ainda mais severas, especialmente no final de 2020 e durante o primeiro semestre de 2021. A variante Gamma, detectada inicialmente em Manaus, exacerbou a crise no início de 2021. Ilustrado abaixo, a curva epidemiológica no Brasil realizada pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (MS), com o número de casos novos e a média móvel de casos novos de todo território nacional. Essa média era fundamental para planejar e preparar a rede assistencial de acordo com o avanço da onda pandêmica.

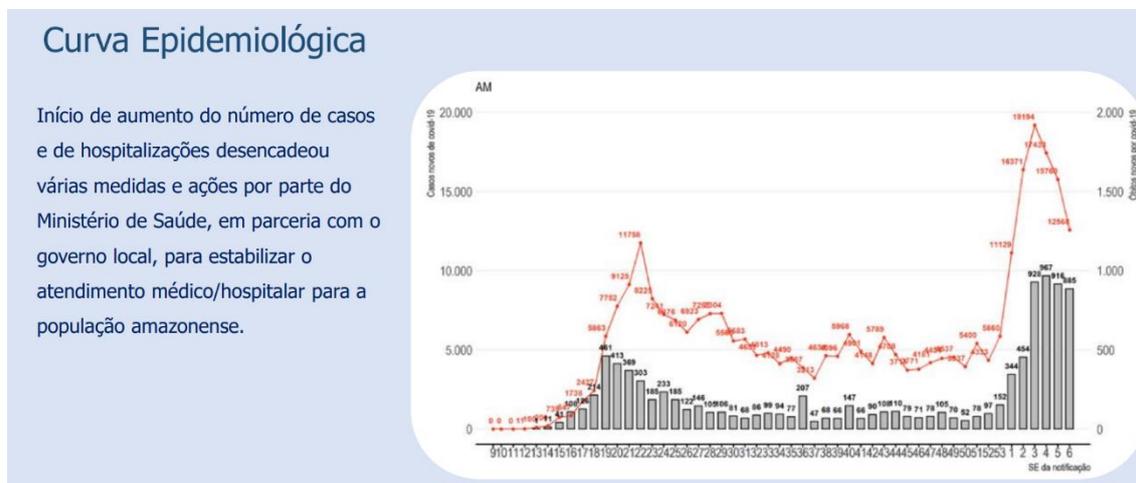


1

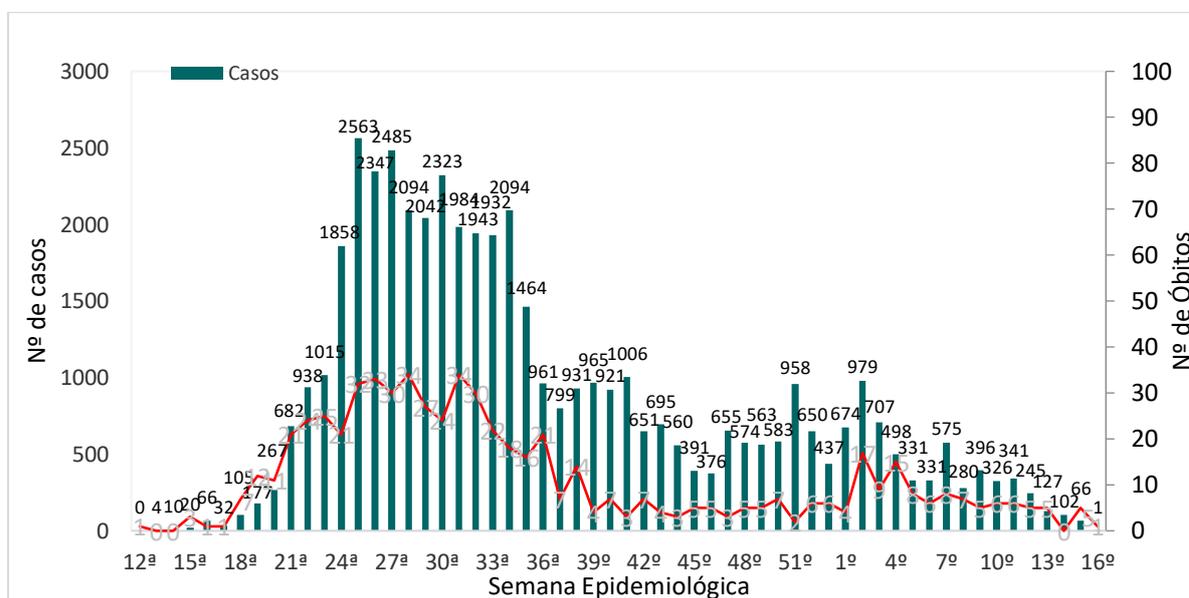
Em seguida será apresentada a curva do Estado do Amazonas, talvez a única no mundo com tamanha velocidade na disparidade do número de casos. Cabe destacar a evolução da curva entre a primeira semana epidemiológica de

¹ Ministério da Saúde, Painel Epidemiológico do Localiza SUS, Gabinete de Crise, mar.2021.

2021 e a quarta semana, uma demonstração da agressividade da variante Gamma.



Destaca-se a primeira semana epidemiológica de 2021 até a quarta semana, que demonstra uma divergência dentro do próprio Estado do AM, com a maior concentração de casos novos em Manaus, não atingindo de forma significativa a população indígena.



4

O Número de Casos Absolutos, até o final de 2021, o Brasil registrou mais de 22 milhões de casos confirmados de COVID-19. O Brasil enfrentou mais de 620.000 mortes até o final de 2021, com uma população de cerca de 213 milhões em 2020. Isso resultou em uma expressiva taxa de mortalidade por COVID-19.⁵

3.1.2 Rede de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde do Brasil, é financiado por impostos e oferece cobertura universal para todos os cidadãos e residentes legais, incluindo os estrangeiros com permanência temporária e os residentes na faixa de fronteira terrestre. Na pandemia, o SUS foi fundamental e estratégico na coordenação dos cuidados, enfrentando a maior parte da pressão nos momentos críticos da crise.

⁴ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SESAI, Curva Epidemiológica, mar. 2021.

⁵ Ministério da Saúde do Brasil. Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponíveis em: < <https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 11 out. 2024.

O SUS oferece *cobertura para aproximadamente 75% da população*, que era de cerca de 213 milhões de pessoas em 2020. Esse sistema, apesar de robusto, foi severamente desafiado durante os picos da pandemia, especialmente em regiões como o Norte e o Nordeste do país, onde a infraestrutura hospitalar é menos desenvolvida e os eixos de transporte terrestre, ferroviário e marítimo são precários e limitados.

A saúde suplementar no Brasil é o setor que engloba os planos e seguros privados de assistência médica, sendo regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na pandemia, em articulação com a ANS, o setor privado foi integrado à resposta emergencial através de acordos em reuniões bipartite (Estados e Municípios) do SUS e pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (*PROADI-SUS*) do MS, permitindo aos entes federativos aumentarem a sua capacidade de resposta no acolhimento dos pacientes COVID e NÃO COVID. A Política de Saúde Expansionista de Leitos do MS trouxe um equilíbrio entre a demanda pública e privada, gerando uma parceria sustentável na rede de saúde e a não utilização como regra do Instituto da Requisição Administrativa, totalmente diferente do que ocorreu em outros países do continente europeu.

Aproximadamente, 25% da população brasileira tinha seguro de saúde privado, e, principalmente, o Estado de São Paulo que chegava a 50% de cobertura. O PROADI-SUS é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde e com objetivo de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos. Os seis hospitais de excelência sem fins lucrativos que são referência em qualidade médico-assistencial e gestão: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, HCor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês; ou seja, com exceção do Hospital Moinhos de Vento, situado no Rio Grande do Sul (RS), todos estão em São Paulo, que possui quase um quarto de toda população brasileira. Na pandemia, hospitais privados desempenharam um papel fundamental, especialmente nas grandes cidades, onde os hospitais públicos enfrentaram superlotação.

3.1.3 Infraestrutura

Em 2020, a infraestrutura hospitalar do Brasil foi severamente testada. Estados como São Paulo, Amazonas e Rio de Janeiro enfrentaram os maiores desafios devido ao rápido aumento de casos e à falta de leitos de UTI, acarretando, inicialmente, o emprego de Hospitais de Campanha públicos e privados ou estruturas modulares semipermanentes, como o Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19 do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz). O sistema de saúde no Norte do Brasil foi especialmente pressionado pela agressividade da variante Gamma, principalmente o Estado do Amazonas.

O Brasil expandiu, significativamente, a capacidade de suas unidades de terapia intensiva (UTIs) e Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP) por meio da coordenação com a ANS e de investimentos emergenciais do governo que chegaram a três bilhões e novecentos milhões de reais (R\$ 3.9 Bi). Antes da pandemia, o Brasil possuía cerca de 13 leitos de UTI por 100.000 habitantes, número este que foi ampliado em 2020 e 2021, configurando um verdadeiro esforço de guerra em todo País, propulsado pelo Ministério da Saúde por meio de uma forte *Política Expansionista e Financiadora* de novos leitos em todo território nacional. Em maio de 2021, o *Brasil chegou a ter 37 leitos de UTI por 100.00 habitantes*; ou seja, ultrapassou a força assistencial da Alemanha, que é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como de excelência. A seguir será ilustrada uma máscara do CNES dos Leitos de UTI por Unidade Federativa, em maio de 2021, destacando a força expressiva da Saúde Suplementar do Estado de São Paulo.

UTI MAI 2021

UF	Q	UTI Existente Total	UTI SUS (Adm. Pública, Ent. Emp. e Sem Fins Luc.)	UTI SUS (Adm.Pub)
Totais		79.008	53.125	31.423
SP		20.061	12.669	7.314
RJ		8.849	4.382	3.678
MG		7.780	5.488	1.888
PR		4.624	3.472	1.324
RS		4.366	3.256	508
BA		4.001	2.985	2.455
PE		3.550	2.514	1.721
GO		2.801	1.862	1.215
CE		2.589	2.065	1.549
SC		2.463	1.786	556
ES		2.338	1.569	955
DF		2.051	773	354
PA		2.006	1.557	1.310
MT		1.519	1.028	771
MA		1.491	1.187	995
PB		1.279	1.065	888
RN		1.225	958	720
AM		933	758	689
MS		933	638	273
AL		915	752	439
PI		810	628	531
RO		707	496	373
SE		616	430	162
TO		484	261	228
AP		232	211	203
AC		220	177	166
RR		165	158	158

6

3.1.4 Medidas de Emergência e Legislação

O Brasil, assim como outros países, adotou o Instituto da Requisição Administrativa como uma medida essencial na gestão da crise de COVID-19. A base legal para essas medidas está na Constituição Federal de 1988, que prevê a requisição de bens em caso de iminente perigo público (art. 5º, XXV), bem como na função social da propriedade (art. 170, III), protegendo a existência digna do ser humano. Além disso, a Lei nº 13.979/2020 que trata, especificamente, das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus, regulamentou (art. 3º, VII) a requisição administrativa, permitindo a requisição de bens e serviços tanto do setor público quanto do privado, incluindo *pessoas físicas* para o combate à pandemia.

A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) também fornece a base legal para ações do Sistema Único de Saúde (SUS), que centralizou a maior parte das ações de saúde pública no Brasil. No artigo 15, inciso XIII, está prevista a

⁶ Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), SAES, mai.2021.

possibilidade de requisição de bens e serviços, **independentemente da origem pública ou privada**, em casos de iminente perigo público, in verbis:

"XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização (Brasil, 1990)"

3.1.5 Exemplos Práticos de Requisição Administrativa

O Brasil utilizou amplamente o Instituto da Requisição Administrativa para requisitar os ventiladores pulmonares, monitores para leitos de UTI e clínicos, os equipos para ventiladores pulmonares, as bombas infusoras, as máscaras não-reinalantes, as usinas de oxigênio medicinal, o oxigênio medicinal, os cilindros de oxigênio, os tanques criogênicos de oxigênio medicinal, os insumos das vacinas (agulhas e seringas), os Leitos de UTI de forma regional e pontual e os medicamentos do KIT de Intubação Orotraqueal, principalmente das indústrias e dos distribuidores. Na grande parte dos casos, as indústrias requisitadas foram obrigadas a redirecionar a produção para atender à demanda por insumos e equipamentos hospitalares, haja vista a maior crise de abastecimento internacional da história.⁷

O Ministério da Saúde fez uso estratégico do Instituto da Requisição Administrativa para aumentar a capacidade de atendimento dos sistemas público e privado de saúde, enaltecendo a equalização nacional da assistência hospitalar e fomentando a universalização. O SUS e a ANS estavam unidos contra o inimigo comum e agressivo, a COVID-19.

3.1.6 Vantagens e Desvantagens do Instituto da Requisição

Vantagens:

- a) Flexibilidade na Ampliação de Infraestrutura: o Brasil demonstrou uma capacidade notável de expansão de leitos de UTI, criando rapidamente hospitais de campanha e mobilizando recursos da saúde suplementar. Esse esforço, comparado a países como

⁷ Anexo A - REQUISIÇÃO OFÍCIO Nº 177/2021/SAES/GAB/SAES/MS, FEV. 2021.

Espanha e Itália, que enfrentaram dificuldades em regiões específicas, mostrou maior adaptabilidade em escala nacional.

- b) Integração Público-Privada: a articulação entre o SUS e o setor privado permitiu o uso de leitos, ventiladores e outros recursos médicos, assemelhando-se às iniciativas da Alemanha e da França. No entanto, o Brasil destacou-se por mobilizar essas estruturas mesmo em áreas periféricas.
- c) Equalização Regional por Meio do SUS: o SUS possibilitou uma distribuição mais ampla de insumos e equipamentos entre regiões. Esse esforço, comparado à descentralização dos Estados Unidos, mostrou-se mais eficaz para áreas remotas e de baixa infraestrutura.

Desvantagens:

- a) Judicialização Excessiva: a atuação do STF e a judicialização constante comprometeram a eficiência das medidas emergenciais, contrastando com a Alemanha e o Reino Unido, onde a interferência judicial foi menor e mais alinhada às decisões governamentais.

3.1.7 Intervenção do Poder Judiciário

O Poder Judiciário brasileiro desempenhou uma atuação, extremamente, ativa na regulação das medidas adotadas pelo governo durante a pandemia, inclusive nas requisições administrativas. O Supremo Tribunal Federal (STF) garantiu a autonomia dos estados e municípios para implementar suas próprias políticas de saúde, enfraquecendo o SUS com suas políticas tripartite, e apresentou decisões dicotômicas sobre a envergadura pública e privada da Requisição Administrativa, *in verbis*:⁸

⁸ STF, ACO 3463 MC / SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Decisão 08 de janeiro de 2021.

Isso posto, com fundamento nas razões acima expendidas, **defiro a cautelar, ad referendum** do Plenário do Supremo Tribunal Federal, **para impedir que a União requisiite insumos contratados pelo Estado de São Paulo, cujos pagamentos já foram empenhados, destinados à execução do plano estadual de imunização. Por sua vez, caso os materiais adquiridos pelo autor da presente demanda já tenham sido entregues, a União deverá devolvê-los, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de multa diária de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).**

Comunique-se com urgência.

Cite-se a União.

Publique-se.

Brasília, 8 de janeiro de 2021.

Ministro **Ricardo Lewandowski**
Relator

Pontos Positivos:

- a) **Proteção dos Direitos Fundamentais:** a intervenção do STF assegurou que as medidas de requisição respeitassem os direitos fundamentais privados, principalmente nos entes Estaduais, e que a compensação fosse justa e proporcional.

Pontos Negativos:

- a) **Judicialização Excessiva:** a intervenção constante do judiciário, embora desnecessária em muitos casos, também gerou atrasos na implementação de políticas de saúde pública. Isso foi particularmente visível nas disputas sobre os ventiladores pulmonares e os insumos das vacinas (agulhas e seringas).
- b) **Tensões Federativas:** a autonomia dada aos estados e municípios, aliada à judicialização, gerou conflitos entre o governo federal e os entes subnacionais, atrasando a implementação de uma política nacional unificada e dificultando a equalização nacional dos insumos essenciais ao enfrentamento, lesionando os princípios constitucionais do SUS.

Conclui-se, parcialmente, que a pandemia de COVID-19, no Brasil, demonstrou a importância do Instituto da Requisição Administrativa na gestão de crises, especialmente para ampliar a capacidade de atendimento hospitalar e assegurar o fornecimento de equipamentos médicos. Embora a intervenção do

poder judiciário tenha garantido a proteção de direitos fundamentais, a excessiva judicialização das medidas de emergência revelou desafios na coordenação e implementação de uma resposta mais efetiva e eficiente, prejudicando a ampliação da assistência emergencial.

A seguir, será desenvolvida uma análise detalhada das decisões do STF sobre o emprego da Requisição Administrativa no Brasil e o papel coercitivo do Estado, destacando os entes União e Estado nesse cenário litigioso. Assim, o terceiro capítulo deste trabalho irá evidenciar a instabilidade jurídica do Instituto.

4 AS DECISÕES DO STF E O PODER COERCITIVO DO ESTADO

4.1 O PODER COERCITIVO DO ESTADO POR MEIO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA E AS AÇÕES DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADI) 6362 E 3454

Historicamente, são pontuais as decisões do STF sobre o Instituto Requisição Administrativa, a posição pretérita do STF em relação ao Instituto pelo Poder Executivo Federal pode ser exemplificada, em 2007, no Mandado de Segurança, impetrado pelo município do Rio de Janeiro, em que se impugna o art. 2º, V e VI (requisição dos hospitais municipais Souza Aguiar e Miguel Couto) e § 1º e § 2º (delegação ao Ministro de Estado da Saúde da competência para requisição de outros serviços de saúde e recursos financeiros afetos à gestão de serviços e ações relacionados aos hospitais requisitados) do Decreto 5.392/2005, do Presidente da República. Os fundamentos predominantes: a requisição de bens e serviços do município do Rio de Janeiro, já afetados à prestação de serviços de saúde, não tem amparo no inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990, a despeito da invocação desse dispositivo no ato atacado, ou seja, a Lei só afeta em regra os bens e serviços privados; as determinações impugnadas do decreto presidencial configuram-se efetiva intervenção da União no município, vedada pela Constituição; a inadmissibilidade da requisição de bens municipais pela União *em situação de normalidade institucional*, sem a decretação de Estado de Defesa ou Estado de Sítio, os quais caracterizariam a requisição dos bens e serviços públicos do Município; e, também a ofensa à autonomia municipal e ao pacto federativo. (MS 25.295/DF, Rel. Min. JOAQUIM BARBOSA).

Em relação a decisão acima, em 05.10.2007, o STF deu uma nova interpretação para o art.15, inc. XIII, da Lei 8080/1990. A lei é clara que independente da origem pública ou privada do bem e/ou serviço poderá ser requisitada pela autoridade competente em calamidade pública em saúde. O SUS é composto pela União, Estados e Municípios e a visão de Saúde da União é bem mais ampla que a de qualquer município, tendo em vista o monitoramento das políticas de saúde em todo território nacional. Olhar para a Lei 8080/90 e não observar os *princípios constitucionais da universalidade, da isonomia e da integralidade assistencial*, independente da rede privada ou pública sob calamidade pública, é demonstrar certo desconhecimento sobre o SUS e a Saúde Suplementar. Em muitas regiões de saúde no território nacional a rede é 100% pública, não existindo infraestrutura privada para requisitar. Assim, se o município, após esgotados os mecanismos administrativos, está em calamidade pública e dificultando o acesso à saúde pela má gestão comprovada por dados técnicos, a União tem o dever de requisitar imediatamente os bens e os serviços necessários para o restabelecimento assistencial, sob pena de responder pela

responsabilidade objetiva, haja vista o SUS ser tripartite e responsável pelo bem maior do ordenamento mundial: a vida.

Cabe destacar que a formalidade da decretação de Estado de Defesa ou Estado de Sítio deve passar obrigatoriamente pelo Congresso Nacional, e por ser uma calamidade pública regional a aprovação poderá ser de dias ou até mesmo não ser aprovada por interesses políticos. Quantas vidas poderão ser perdidas por esse caminho longo da formalidade? O MS possui técnicos e especialistas para o imediato apoio gerencial e assistencial ao Município, as políticas de saúde tripartite, como as bipartite são bem enraizadas e preparadas para atuar sem a necessidade de interferência na autonomia municipal; ao contrário, o município irá participar das tomadas de decisão em reuniões tripartite, agora sendo avaliadas e decididas nas três esferas, integrando as regiões de saúde até no nível nacional pelo tempo necessário.

O STF ter decidido sobre o afastamento da *Requisição Administrativa imediata para a manutenção de vidas* humanas, fundamentando em interpretações dicotômicas do inc. XIII, art. 15 da Lei 8080/90 e que ferem os princípios da própria Carta Magna e utilizando princípios como o pacto federativo e da autonomia municipal diante do sistema tripartite do SUS, s.m.j., tornou a decisão bastante precária diante da notória e histórica desassistência do Município, com inúmeras ações judiciais em filas da “vaga zero” e corredores hospitalares lotados como expressados pela mídia, e, ainda, informações técnicas dos sistemas assistenciais integrados do MS. A decisão colocou em primeiro lugar a autonomia política do município e **não o paciente**, um erro grave para a Gestão de Crise na área da Saúde. O que caracteriza a normalidade institucional em Saúde Pública? O que poderia salvar mais vidas, o controle da União podendo usar toda força orçamentária e assistencial, contratualizando de forma tripartite com os hospitais de referência do Estado de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo e com a própria Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro ou permanecer na ineficiência da gestão isolada? Após a decisão, as filas cirúrgicas diminuíram? O número de óbitos de pacientes internados e aguardando internação diminuíram? Qual foi o efeito prático assistencial da decisão?

As respostas certamente não foram analisadas e nem debatidas por câmaras técnicas em saúde pública, todavia a mesma decisão *de 2007, quase 13 anos depois*, e com todo avanço tecnológico na medicina nacional e mundial, foi base da fundamentação para decidir as ADI 6362 e 3454 na maior pandemia da história. Qual foi um dos maiores índices de mortalidade do COVID 19 entre os Municípios no Brasil? Compare com a cidade de São Paulo.

O debate sobre a centralização ou descentralização das requisições administrativas entre os entes federados se tornou objeto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade. A ADI 6362, ajuizada pela Confederação Nacional de

Saúde (CNS), trata da questão da centralização das requisições administrativas, solicitando que o Ministério da Saúde coordene todas as requisições de bens e serviços de saúde. Já a ADI 3454 discute se a requisição de bens públicos por outro ente federado, especialmente a União, é compatível com o pacto federativo. Ambas as ações geraram importantes decisões do Supremo Tribunal Federal (STF), que reafirmou o princípio do federalismo cooperativo e a necessidade de uma regulamentação mais clara sobre o uso do instituto.

A Confederação Nacional de Saúde (CNS), autora da ADI 6362, argumentou que a Lei 13.979/2020, que regulou medidas de enfrentamento à pandemia, permitiu que Estados e Municípios realizassem requisições administrativas de maneira descentralizada, gerando desordem federativa. A CNS sustentou que o Ministério da Saúde deveria coordenar todas as requisições administrativas, a fim de evitar sobreposição de demandas e garantir a eficiência do combate à pandemia.

Os principais pontos apresentados pela CNS incluem:

- a) Descentralização desordenada: a CNS apontou que a autonomia concedida a Estados e Municípios para realizar requisições de bens e serviços de saúde, como leitos hospitalares e EPIs, causou duplicidade de requisições e prejudicou o setor privado.
- b) Planejamento Centralizado: a confederação defendeu que a coordenação das requisições pelo Ministério da Saúde garantiria uma distribuição equitativa dos recursos escassos, evitando conflitos entre os entes federados e melhorando a resposta à crise.

Na ADI 3454, o Partido Democratas questionou a possibilidade de a União ou outros entes federados requisitarem bens e serviços públicos de outro ente, com base no art. 15, inciso XIII, da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). O partido argumentou que a requisição de bens e serviços de um ente federado por outro violaria o princípio do pacto federativo e a autonomia dos entes subnacionais.

Os principais pontos da ADI 3454 são:

- a) Impossibilidade de Requisição de Bens Públicos entre Entes Federados: o requerente afirmou que a requisição administrativa só pode recair sobre bens privados, não sendo possível que a União ou qualquer outro ente requisitem bens públicos de outro ente federativo, salvo nas hipóteses excepcionais de estado de defesa ou estado de sítio, conforme previsto na Constituição.
- b) Autonomia Federativa e Princípio da Proporcionalidade: a ADI 3454 levantou a questão de que permitir a requisição de bens públicos entre entes federados seria uma forma de intervenção

indireta na autonomia dos Estados e Municípios, violando o pacto federativo. O partido destacou a importância de aplicar o princípio da proporcionalidade, garantindo que a intervenção estatal seja mínima e necessária.

Em ambas as ADI, o Supremo Tribunal Federal (STF) rejeitou as tentativas de centralização das requisições administrativas na esfera federal. Na ADI 6362, o STF reafirmou a autonomia dos entes subnacionais para realizar requisições administrativas de maneira independente, com base no modelo de federalismo cooperativo, consagrado na Constituição. O STF reconheceu que tanto a União quanto os Estados e Municípios têm competência comum para adotar medidas de saúde pública, incluindo a realização de requisições administrativas. O problema para o SUS não é ter competência comum para requisitar o bem ou serviço, mas sim uma norma única reguladora do Instituto com *critérios objetivos* e com *competências tripartite* de acordo com o objeto da requisição, a sua finalidade (política de saúde) e a sua efetividade (infraestrutura, universalidade e igualdade); ou seja, erradicar a irracionalidade, a desproporcionalidade e a irrazoabilidade das decisões administrativas e judiciárias em Gestão de Crise Internacional em Saúde.

Na ADI 3454, o STF decidiu que a requisição de bens e serviços públicos entre entes federados fere o princípio do federalismo cooperativo. O tribunal afirmou que as requisições administrativas devem respeitar a autonomia dos entes federados e não podem ser utilizadas como uma ferramenta de intervenção entre eles, exceto em situações excepcionais, como estado de defesa ou estado de sítio.

O STF também ressaltou que as requisições administrativas devem seguir os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, garantindo que os bens e serviços requisitados sejam utilizados de forma eficiente e justa. Em casos de conflito entre diferentes requisições, o critério da precedência deve ser aplicado, ou seja, a primeira requisição feita deve ser respeitada.

As decisões do STF nas ADI 6362 e 3454 reafirmaram o modelo de federalismo cooperativo e a importância de respeitar a autonomia dos entes federados na gestão de crises, como a pandemia de COVID-19. O tribunal rejeitou a centralização das requisições administrativas na esfera federal, garantindo que Estados e Municípios possam atuar de forma independente na adoção de medidas emergenciais. No entanto, essas decisões também evidenciaram a necessidade de uma regulamentação mais clara e detalhada sobre o uso do instituto da requisição administrativa no Brasil. A falta de normas específicas pode gerar conflitos federativos e insegurança jurídica em futuras crises internacionais ou nacionais. É essencial que o legislador brasileiro estabeleça um marco regulatório que defina os limites tripartite, critérios objetivos e mecanismos de coordenação entre os entes federados, assegurando

a proteção dos direitos dos particulares afetados e evitando o uso abusivo e irracional das requisições administrativas.

4.2 AS DECISÕES DO STF E AS REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS DO MS DE VENTILADORES PULMONARES DURANTE A PANDEMIA

O Brasil registrou seu primeiro caso de COVID-19, em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, os primeiros casos concentraram-se na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, devido ao maior fluxo internacional. À medida que o vírus se espalhou, o Norte e o Nordeste passaram a registrar números alarmantes, com destaque para o Amazonas e o Ceará, onde a infraestrutura de saúde foi rapidamente sobrecarregada.

À medida que o vírus avançava, o Centro-Oeste e o Sul, que inicialmente tinham números mais baixos, começaram a enfrentar aumentos expressivos de casos a partir de junho de 2020. Estados como Mato Grosso, Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul viram seus sistemas de saúde pressionados, necessitando de reforços em equipamentos e pessoal. O interior do país, que inicialmente registrava menos casos, enfrentou picos posteriores, evidenciando a necessidade de uma estratégia nacional de distribuição de recursos de saúde.

Diante desse cenário heterogêneo e da velocidade com que a pandemia avançava em ondas por diferentes regiões e períodos, a coordenação nacional tornou-se crucial. O Ministério da Saúde (MS), o qual representou o poder coercitivo do Estado e com a visão holística do SUS e da ANS, buscou equalizar a distribuição de ventiladores pulmonares, equipamentos essenciais para o tratamento de casos graves de COVID-19 e pela manutenção da vida de pacientes graves NÃO COVID-19. Entretanto, a intervenção judicial do Supremo Tribunal Federal (STF) em ações envolvendo a requisição desses ventiladores pelo MS levantou questões sobre a eficiência e a efetividade da gestão de crise e a autonomia dos entes federativos.

Pode-se dividir em duas fases bem distintas sobre a utilização do MS do Instituto Requisição Administrativa para Ventiladores Pulmonares: a primeira fase iniciada, em 23 de março de 2020, e terminada, em 04 de agosto de 2020, a autoridade competente pelo Instituto era o Diretor do Departamento de

Logística de Insumos Estratégicos do MS(DLOG), subordinado a Secretaria Executiva do MS (SE), e a segunda fase iniciada, em 04 de agosto de 2020, e terminada, em 12 de abril de 2021, a autoridade competente pelo Instituto era o Secretário de Atenção Especializada à Saúde (SAES), subordinado diretamente ao Ministro da Saúde, conforme portarias abaixo:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 476, DE 23 DE MARÇO DE 2020

[Revogada pela Portaria nº 1.950, de 2021](#) ~~Delega competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.~~

[Texto para impressão](#) ~~Delega competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).~~

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II, parágrafo único, art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica delegada competência ao Diretor do Departamento de Logística em Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Art. 2º A delegação vigorará enquanto perdurar o estado de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

~~Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.3.2020 - Edição extra~~

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 1.950, DE 4 DE AGOSTO DE 2020

[Revogada pela Portaria nº 197, de 2021](#) ~~Delega competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).~~

[Texto para impressão](#) ~~Delega competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.~~

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II, parágrafo único, art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica delegada competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Art. 2º A delegação vigorará enquanto perdurar o estado de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogada a [Portaria nº 476/GM/MS, de 23 de março de 2020](#), publicada no Diário Oficial da União Edição Extra nº 56-C, de 23 de março de 2020, Seção 1, página 2

EDUARDO PAZUELLO

~~Este texto não substitui o publicado no DOU de 17.8.2020~~

A primeira fase é marcada pelas decisões do STF contrárias ao MS. Através da Requisição Administrativa, o Ministério da Saúde buscou centralizar a aquisição de ventiladores pulmonares diretamente dos fabricantes, como a Magnamed Tecnologia Médica S/A, em pleno desabastecimento internacional dos insumos do ventilador e do próprio equipamento pleno, caracterizando a maior crise produtiva da história dos ventiladores pulmonares. O objetivo era evitar a concentração de equipamentos em estados com maior poder econômico e garantir que regiões mais afetadas ou vulneráveis recebessem os recursos necessários.

Entre os Estados-Nação já estavam ocorrendo as intervenções imorais e desumanas, chegando ao nível de piratarias nos navios mercantes. Os contratos com a China (produtora) eram rescindidos com o pagamento de multa pela contratada por intermédio da força econômica das grandes potências interventoras, as quais cobriam o valor contratado e os navios e/ou aeronaves trocavam de rotas e destinos em pleno trajeto. O Brasil foi vítima dessa prática. Assim, o MS utilizava a Requisição Administrativa como ferramenta estratégica para manter a assistência universal e não regional, buscando equalizar a efetividade e a eficiência dos Hospitais em todo território nacional.

Entretanto, alguns estados que haviam formalizado contratos de compra diretamente com os fornecedores sentiram-se prejudicados pela medida. Argumentaram que a requisição administrativa estava impedindo a entrega de equipamentos já adquiridos e comprometendo suas estratégias locais de enfrentamento da pandemia.

Estados como Mato Grosso, Rondônia e Piauí ingressaram com ações no STF para garantir a entrega dos ventiladores adquiridos. Nos casos das Ações Cíveis Originárias (ACO) 3393 e 3398 e da Suspensão de Segurança (SS) 5382, os estados alegaram que a requisição administrativa federal estava inviabilizando suas políticas públicas de saúde e ferindo a autonomia federativa.

O STF, por meio das decisões dos Ministros Luís Roberto Barroso e Dias Toffoli, concedeu liminares suspendendo os efeitos das requisições administrativas em relação aos equipamentos destinados aos estados demandantes. As decisões fundamentaram-se nos seguintes argumentos:

- a) **Autonomia Federativa:** a Constituição assegura aos estados autonomia administrativa e a competência para gerir questões de saúde pública local.
- b) **Competência Comum:** a saúde é competência comum da União, estados e municípios (art. 23, II, CF), e a coordenação das ações deve respeitar a colaboração entre os entes.
- c) **Excesso da União:** a requisição administrativa não poderia alcançar bens já destinados a outros entes federativos, especialmente sem a devida coordenação e diálogo.

Embora as decisões do STF buscassem proteger a autonomia dos estados e garantir a efetividade das políticas locais de saúde, tiveram efeitos colaterais na gestão nacional da crise:

- a) Fragmentação da Estratégia: a suspensão das requisições administrativas enfraqueceu a capacidade do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a distribuição dos ventiladores com base nas necessidades mais urgentes identificadas pelo CNES.
- b) Desigualdade na Distribuição: Estados que acionaram o Judiciário obtiveram vantagem na obtenção dos equipamentos, em detrimento de outros que aguardavam a distribuição centralizada.
- c) Prejuízo à Isonomia: a estratégia nacional visava uma distribuição equitativa, considerando fatores como capacidade operacional e pressão epidemiológica. As decisões judiciais comprometeram essa isonomia.
- d) Ineficiência na Distribuição: incompatibilidade da Rede de Gases Hospitalar com o Equipamento Importado, necessitando da essencial tropicalização do equipamento, a qual a ANVISA e o MS possuíam equipes técnicas preparadas para análise operacional e de segurança.

O resultado foi uma descoordenação na alocação de recursos críticos, potencialmente agravando a situação em regiões que, apesar de necessitarem urgentemente dos ventiladores, não tiveram acesso prioritário e/ou a distribuição foi ineficiente devido à fragmentação causada pelas decisões judiciais do STF. Cabe destacar que na primeira fase o MS não tinha implantado uma política normativa e distributiva de ventiladores pulmonares com critérios objetivos, dificultando a visão do STF sobre a isonomia entre os entes federativos. Ressalta-se, também, que a primeira fase não respeitava a contratualização previamente realizadas pelos entes federativos.

A segunda fase da utilização do Instituto para ventiladores pulmonares, por meio da autoridade competente da SAES/MS, foi marcada pela utilização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é uma ferramenta estratégica que reúne informações detalhadas sobre todos os estabelecimentos de saúde do país, incluindo infraestrutura, equipamentos e recursos humanos. Com um banco de dados consolidado ao longo de mais de

20 anos, o CNES permite ao Ministério da Saúde uma visão abrangente e atualizada da capacidade instalada do sistema de saúde brasileiro.

Durante a pandemia, o CNES e as ferramentas de BI como Qlik Sense e Power BI, as quais integravam com todos os bancos de dados da saúde nacional e internacional, foram essenciais para mapear as necessidades regionais e planejar a distribuição de recursos. Com base na ciência de dados, o Ministério da Saúde pôde:

- a) Identificar as regiões com maior demanda por ventiladores pulmonares.
- b) Avaliar a capacidade operacional de hospitais para utilizar adequadamente os equipamentos.
- c) Antecipar necessidades futuras com base na evolução das curvas de contágio regionais.
- d) Publicar Portaria Ministerial normatizando os critérios objetivos para aquisição e distribuição dos ventiladores, erradicando a subjetividade na distribuição e/ou demandas irracionais provocadas pelo medo pandêmico.



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.587, DE 19 DE JUNHO DE 2020

Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Força Tarefa de Fundamentação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e tendo em vista o disposto o art. 7º da Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019, resolve:

Art. 1º Fica instituída, durante o período de Emergência em Saúde Pública, de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, no âmbito do Ministério da Saúde, a Força Tarefa de Fundamentação, com a finalidade de coordenar o processo para a:

- I - aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos;
- II - manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares; e
- III - habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Art. 2º A Força Tarefa de Fundamentação será composta por um representante dos seguintes órgãos:

- I - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), que a coordenará;
- II - Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (GM/MS);
- III - Secretaria-Executiva (SE/MS):

a) Gabinete da SE/MS;

b) Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS/SE/MS);

c) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS);

IV - Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

V - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS);

VI - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

VII - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES/MS);

VI - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

VII - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES/MS);

VIII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); e

IX - Comitê de Operações de Emergência (COE).

§ 1º Cada membro da Força Tarefa terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos.

§ 2º Os membros da Força Tarefa e respectivos suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos que representam.

§ 3º O representante do COE será indicado pelo seu coordenador.

Art. 3º Compete à Força Tarefa de Fundamentação:

I - reavaliar e propor novos critérios qualificadores e objetivos para aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos, manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares, e habilitação de leitos de UTI para enfrentamento da pandemia de Covid-19; e

II - avaliar e definir os quantitativos para aquisição e distribuição de equipamentos, insumos e medicamentos, e a necessidade de manutenção ou fortalecimento de serviços hospitalares e de habilitação de leitos de UTI para o enfrentamento da Covid-19.

§ 1º Os critérios de que trata o inciso I serão submetidos a avaliação do Ministro de Estado da Saúde, para posterior publicação.

§ 2º Nas hipóteses de que trata o inciso II, a Força Tarefa decidirá levando em consideração:

I - os critérios qualificadores e objetivos definidos no Anexo; e

II - a prioridade para ordenação da análise prevista no Anexo.

§ 3º As áreas finalísticas do Ministério da Saúde poderão propor a alteração ou a inclusão de novos critérios qualificadores e objetivos, a ser submetida à coordenação da Força Tarefa, acompanhada de nota técnica fundamentada.

Art. 4º A lista de distribuição deverá informar os Estados e as Capitais para os quais serão destinados os equipamentos, insumos e medicamentos para o enfrentamento da Covid-19.

Parágrafo único. Caberá aos Estados definir os critérios objetivos de distribuição para os municípios, levando em consideração os critérios qualificadores e objetivos, previstos nesta Portaria, e a situação epidemiológica relacionada à Covid-19.

Art. 5º A Força Tarefa se reunirá por convocação de seu Coordenador.

§ 1º O quórum de reunião da Força Tarefa é de maioria simples dos membros e o quórum de aprovação é de maioria simples dos presentes.

§ 2º Além do voto ordinário, o Coordenador da Força Tarefa terá o voto de qualidade em caso de empate.

§ 3º Os membros da Força Tarefa que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão, preferencialmente, de forma presencial, sem prejuízo da realização das reuniões por videoconferência.

Art. 6º Os critérios qualificadores e objetivos, previstos no Anexo a esta Portaria, serão consolidados em algoritmos publicizados, que poderão ser ajustados sempre que necessário.

Art. 7º Os critérios objetivos, estabelecidos no Anexo a esta Portaria, poderão ser parcialmente aplicados, desde que fundamentados.

Art. 8º Os termos de recebimento provisório e definitivo, de que trata o art. 73 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, devem observar a disposição contratual.

Art. 9º A Força Tarefa terá vigência enquanto perdurar a declaração de emergência em saúde pública pelo Covid-19, nos termos da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020.

Art. 10. A participação na Força Tarefa será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAZUELLO

ANEXO

Critérios Qualificadores		
1	Infraestrutura e capacidade logística para recebimento de Ventiladores Fonte: Ofício do gestor local	S/N
2	Equipe Profissional multidisciplinar habilitada para operação em leitos (Médicos, Fisioterapeuta e Enfermagem) Fonte: Ofício do gestor local	S/N

Critérios Objetivos		Peso
1	Casos Confirmados absolutos acumulados Fonte: Casos notificados e consolidados no site oficial do MS	1
2	Casos Confirmados por 100.000 Habitantes Fontes: Casos notificados e consolidados no site oficial do MS e população IBGE	3
3	Coefficiente de mortalidade específica por 100.000 Habitantes Fontes: Óbitos notificados consolidados no site oficial do MS e população IBGE	3

4	PIB Per Capita Fonte: IBGE	2
5	Quantidade de leitos ofertados nos Planos de Contingências das Secretarias Estaduais entregues e atualizados no período corrente da análise.	2
6	Cadastro <u>SCNES</u> com capacidade instalada - Quantidade de Leitos Intensivos e Quantidade de Ventiladores cadastrados no momento da existência do Leito e na aquisição e recebimento do Ventilador.	3
7	Registro e atualização das notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no <u>SIVEP-Gripe</u>	3
8	Registro e atualização das notificações de Síndrome Gripal (SG) no e-SUS Notifica	3
9	Taxa de Ocupação Operacional dos Leitos de UTI COVID-19 e de Unidade de Suporte Ventilatório Pulmonar - informação registrada pelos estabelecimentos no https://notifica.saude.gov.br/ conforme portaria	2
10	Diferença entre a Quantidade de Leitos de UTI / Unidade de Suporte Ventilatório Pulmonar versus Quantidade de Respiradores em Uso e/ou recuperados em manutenção. Para leitos do tipo COVID-19 poderá ser adotada a regra de 1 leito = 1 Ventilador, para as demais tipologias 2 leitos para 1 ventilador minimamente.	1
11	Identificação das Unidades Federativas que receberam ventiladores através de Compra Federal e/ou com Doação privada recebida pelo MS e/ou Manutenção dos ventiladores administradas e entregues pelo ente Federal.	2
12	Quantidade de Ventiladores enviados através de Guias emitidas para os Estados pelo MS e/ou registrados por compra própria pelo Estado e/ou registrado por Doação privada recebida pelo Estado e/ou por Guias de Serviço de Manutenção dos ventiladores administrado pelo Estado.	1
13	Quantidade de Ventiladores enviados através de Guias emitidas pelos Estados para os Municípios e/ou registrados por compra própria pelo Município e/ou registrado por Doação privada recebida pelo Município e/ou por Guias de Serviço de Manutenção dos ventiladores administrado pelo Município	1
14	Número de leitos privados disponíveis para atendimento a demanda do SUS no apoio ao enfrentamento da COVID-19	3
15	Quantidade de Ventiladores em Demandas judiciais Fonte: Processos	3
16	Capacidade instalada de leitos de UTI nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, inclusive os não prestadores de serviço SUS.	3

Prioridade para ordenação da análise	
1 - Estabelecimentos de saúde de natureza pública	
2 - Estabelecimentos de saúde de natureza privada prestador de serviço ao Sistema Único de Saúde	

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Essa coordenação nacional visava garantir uma requisição e distribuição isonômica dos ventiladores, alinhada à capacidade de resposta de cada localidade e à pressão exercida pela pandemia em diferentes momentos.

A centralização da distribuição de ventiladores, baseada nos dados do CNES e demais sistemas do MS, era crucial para garantir que os recursos chegassem às regiões mais necessitadas e com capacidade operacional

adequada e segura. A seguir será exemplificada uma requisição da segunda fase da utilização do Instituto.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Gabinete

OFÍCIO Nº 225/2021/SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 05 de março de 2021.

À Senhora
CLÁUDIA BRAGA
Empresa: TACOM
E-mail: claudia@projetoinspirar.com.br
Telefone: (31) 98477-1310

Assunto: Requisição Administrativa Imediata de ventiladores pulmonares a serem utilizados no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19.

Senhora Diretora,

1. Em razão do estado de emergência em saúde pública provocado pela epidemia do Coronavírus no Brasil e as consequências relacionadas ao segundo ciclo, esta Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) conclui, com fundamento nos planos de contingência apresentados pelos Estados e respectivas pactuações, pela necessidade de aquisição monitores multiparamétricos, objetivando a continuidade do processo de estruturação dos estabelecimentos hospitalares.

2. Conforme Inciso XXV, Art. 5º da Constituição Federal de 1988, combinado com o Inc. XIII, Art.15º da Lei nº 8080 de 1990, a autoridade competente da esfera administrativa poderá requisitar bens e serviços.

3. Na esteira do parágrafo anterior, estão alicerçando o ato administrativo com alinhamento sinérgico as seguintes normativas: a Lei nº 13.979, de 6/2/2020, a Portaria GM/MS nº 188, de 3/2/2020 e a Portaria GM/MS nº 268, de 12/02/2021.

4. Assim, visando suprir, dentre outras medidas, a urgência por leitos clínicos e de UTI para o atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, o Ministério da Saúde **requisita a disponibilização dos seguintes equipamentos:**

60 VENTILADORES PULMONARES, de acordo com as seguintes especificações:

- Ventilador mecânico microprocessado; com tela gráfica colorida; para uso em pacientes adultos e pediátricos; que permita suporte ventilatório invasivo e não invasivo com compensação de vazamento.

- Modos ventilatórios: volume controlado, pressão controlada, assistido/controlado (a/c), ventilação mandatória intermitente sincronizada (simv), ventilação espontânea (cpap), pressão de suporte, estratégia ventilatória que permita ventilações espontâneas em dois níveis de pressão distintos de forma sincronizada, estratégia ventilatória assistida/controlada que permita ventilar à pressão controlada com volume corrente alvo, estratégia ventilatória espontânea que permita ventilar à pressão com volume corrente alvo.

- Deverá apresentar no mínimo os seguintes parâmetros ajustáveis através de botões e/ou teclas: volume corrente, frequência respiratória, pressão inspiratória, pressão de suporte, peep com capacidade de alcançar o valor de 45cmh20, tempo inspiratório, fluxo controlado com capacidade de alcançar o valor de 150lpm, fio2

17/03/2021

SE/MS - 0019406232 - Ofício

com capacidade de ajustar valores entre 21% e 100%, sensibilidade expiratória com capacidade de alcançar o valor de 45% do fluxo inspiratório. Espontâneo, controle do tempo de subida (rise time), sensibilidade inspiratória (trigger) a fluxo de 0.2 a 9l/min e/ou a pressão de -0,5a -15cmh2o.

- Deverá possuir: pausa inspiratória e pausa expiratória, ventilação de apneia programável para os modos espontâneos, mecanismo misturador ar/oxigênio incorporado internamente ao ventilador, tela gráfica colorida com dimensão não inferior a 12 polegadas, sensor de fluxo permanente e incorporado internamente ao ventilador.

- Monitorização dos seguintes parâmetros através de mostradores alfanuméricos: volume corrente expirado, volume minuto espontâneo, resistência estática, complacência estática, pressão máxima, pressão média, pressão de plateau, peep, frequência, relação i:e fio2, auto-peep, peep total, alarmes audiovisuais para as seguintes ocorrências: alta e baixa pressão de vias aéreas, alto e baixo volume corrente, alta frequência, apneia, fio2, ventilador inoperante, falha de energia, bateria baixa.

- Bateria interna: recarregável com capacidade mínima para 30 minutos de funcionamento. Tensão elétrica de 110v/60hz, com comutação automática para bateria. Permitindo montagens em pedestal próprio, e em paredes.

- O ventilador possui tela gráfica que permita a diferenciação de todas as fases do ciclo controlado e espontâneo; o ventilador deve possuir válvula expiratória que permita o controle automático de pressões indesejáveis que ocorrem devido à demanda espontânea do paciente durante os ciclos controlados; o ventilador deve possuir modo de espera (stand-by), o ventilador deve apresentar capacidade para atualização de deve possuir sistema de auto- diagnóstico que faça a compensação da complacência e a verificação de vazamento do circuito do paciente; como também, o diagnóstico técnico do equipamento.

- Deve possuir indicador de horas de operação para controle da manutenção preventiva. O ventilador deve possuir recomendação formal para realização de manutenção preventiva em período não inferior a 5.000 horas; o ventilador deve possuir software de interface com o usuário no idioma português.

5. A indústria/empresa deverá disponibilizar todo quantitativo requisitado no Centro de Distribuição Logística do Ministério da Saúde, localizado próximo ao aeroporto de Guarulhos/SP até às 12 horas do dia 08 de março de 2021.

6. A requisição administrativa respeitará as contratualizações já realizadas dos equipamentos previamente contratados pelos entes federativos. A requisitada deverá comprovar em até 24 horas após recebimento deste Ofício, os contratos preexistentes com os respectivos empenhos da despesa.

7. Toda logística de distribuição desde seu Centro de Distribuição até os estabelecimentos de saúde será de responsabilidade do Ministério da Saúde.

8. Solicito confirmação do recebimento do presente ofício pelo telefone (61) 3315-3534.

Atenciosamente,

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE
Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Otavio Franco Duarte, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 05/03/2021, às 18:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do **Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015**; e art. 8º, da **Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organ_acesso_externo=0, informando o código verificador

A segunda fase do Instituto da Requisição Administrativa dos Ventiladores Pulmonares foi marcada pela *não intervenção do STF*. Dois aspectos foram importantes para uma Requisição efetiva na segunda fase: os critérios objetivos para aquisição e distribuição normatizados; e o respeito aos contratos pré-existentes pelos entes federativos. Cabe destacar nesse último aspecto, os inúmeros acordos bilaterais entre MS e Estados foram necessários para a equalização.



Em uma crise sanitária de proporções inéditas, a coordenação e a colaboração entre os entes federativos são fundamentais. As decisões judiciais, ao priorizarem interesses individuais dos estados sem uma infraestrutura técnica de análise, comprometeram a efetividade da gestão de crise nacional, demonstrando a necessidade de se repensar mecanismos que equilibrem a autonomia federativa com a eficiência coletiva em situações de emergência, quando o assunto é Gestão de Crise Internacional do Ventilador Pulmonar.

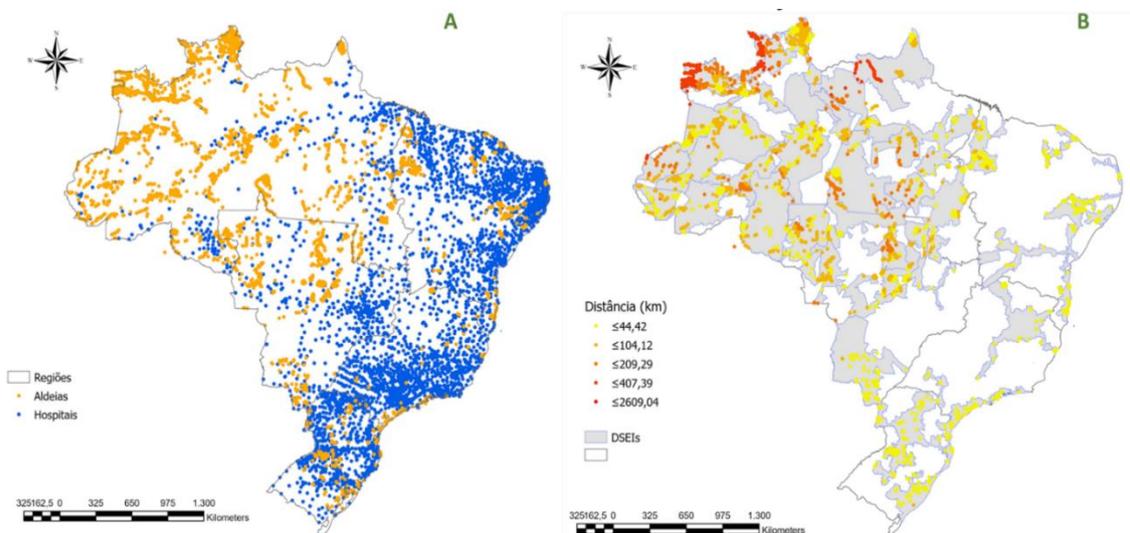
4.3 AS DECISÕES DO STF E AS REQUISIÇÕES ADMINISTRATIVAS DO MS DE INSUMOS DA VACINA (SERINGAS E AGULHAS) DURANTE A PANDEMIA

Durante a pandemia de COVID-19, o Brasil enfrentou um cenário de urgência para garantir a implementação do Plano Nacional de Imunização (PNI).

¹ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SAES, Distribuição de Ventiladores, mar. 2021.

O Ministério da Saúde, responsável por coordenar o PNI, requisitou insumos essenciais, como seringas e agulhas, de empresas que haviam firmado contratos com estados brasileiros. Um caso emblemático foi a requisição desses insumos junto à Becton Dickinson (BD Ltda.), empresa que já havia comprometido parte de seu estoque ao Estado de São Paulo. A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), favorável ao governo paulista, gerou grande controvérsia ao beneficiar o estado mais estruturado do país, em detrimento dos estados da Região Norte, que enfrentavam severas limitações logísticas e hospitalares, além de abrigar grande parte da população indígena, altamente vulnerável ao vírus.

O STF, em decisão proferida pelo ministro Ricardo Lewandowski na Ação Cível Originária (ACO) 3463, acatou o pedido de São Paulo, argumentando que a requisição violava a autonomia do ente federativo e o pacto federativo. Essa decisão, no entanto, gerou críticas, pois, ao beneficiar São Paulo, que possui a maior infraestrutura hospitalar do País, acabou prejudicando estados da Região Norte, os quais enfrentavam grandes desafios logísticos e hospitalares.



2

A Região Norte, com seus vastos territórios de difícil acesso, condições precárias de saúde e população indígena vulnerável, dependeu intensamente do

² Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SESAI, Distribuição dos Hospitais e Aldeias, mar. 2021.

apoio federal e da distribuição equitativa de insumos para garantir o início do PNI, o qual enfrentava o *maior desabastecimento de insumos para a vacina da história*. A decisão do STF atrasou o fornecimento desses insumos para regiões que mais necessitavam, uma vez que o Estado de São Paulo, com seu parque industrial robusto, poderia ter suas necessidades atendidas de forma mais eficiente e menos prejudicial do que os estados mais carentes.

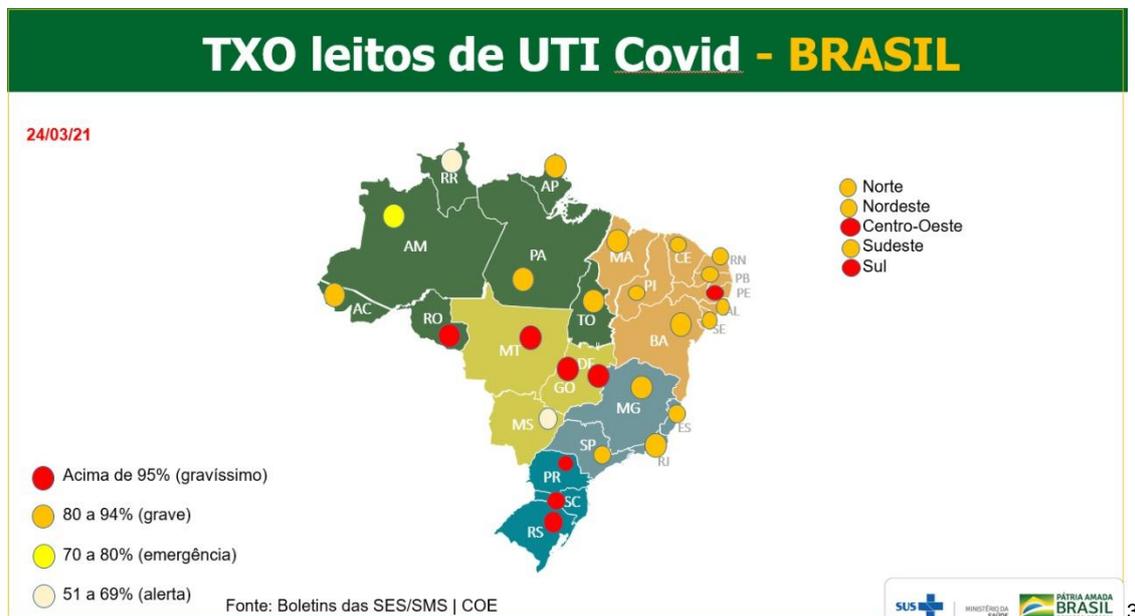
Esse cenário destaca a importância de uma coordenação centralizada pelo Ministério da Saúde, que deve priorizar a distribuição equitativa de insumos, considerando as vulnerabilidades regionais e o monitoramento sanitário nacional. A interferência judicial na requisição administrativa, neste caso, teve como consequência o atraso do início do PNI e uma desigualdade ainda maior na resposta à pandemia, prejudicando a efetividade, a igualdade e a universalidade do PNI em plena Pandemia e Crise Internacional de Insumos da História Mundial.

4.4 A POSIÇÃO DO STF NAS REQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS DO KIT INTUBAÇÃO, DE O₂ MEDICINAL, DE CILINDRO/TANQUES DE O₂ E DE USINAS DE O₂ DURANTE A PANDEMIA

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios severos e urgentes ao sistema de saúde global, e no Brasil, isso não foi diferente. O aumento vertiginoso de casos graves e de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) fez com que a demanda por medicamentos essenciais para intubação e por oxigênio medicinal disparasse. A escassez desses insumos, essenciais para manter pacientes em ventilação mecânica, rapidamente se tornou um dos principais problemas a serem resolvidos pelas autoridades de saúde no mundo.

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, recorreu ao Instituto da Requisição Administrativa, como uma medida emergencial para garantir a universalidade e a distribuição efetiva e eficiente desses insumos essenciais. O foco principal foi a requisição de medicamentos para intubação – o chamado Kit Intubação – e Oxigênio Medicinal, Cilindros/Tanques de O₂ e Usinas de Oxigênio, itens cuja escassez ameaçava a continuidade do tratamento de pacientes graves em Leitos de UTIs e, também, de pacientes leves e moderados

que utilizavam o catéter de alto fluxo em Leitos de Suporte Ventilatórios Pulmonares (LSVP), inclusive em Hospitais de Campanha e UPA(s).



No contexto de uma crise sanitária sem precedentes, a distribuição desses insumos foi equalizada com base em critérios objetivos estabelecidos em Reuniões Tripartite do SUS, que incluíam a participação do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONAS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Diferentemente do ocorrido com a requisição de ventiladores pulmonares e insumos para a vacina, o *Supremo Tribunal Federal (STF)* não interferiu de maneira significativa nas decisões do Ministério da Saúde sobre esses itens.

Com o aumento das internações causadas pela COVID-19, aumentando a capacidade de Leitos de UTI e Leitos de Suporte Ventilatório das Redes Pública e Privada, os quais eram habilitados e financiados por portarias do MS, especialmente nos picos pandêmicos de 2020 e 2021, os medicamentos utilizados para o processo de intubação orotraqueal – que incluem sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes anestésicos – tornaram-se escassos no globo, caracterizando a maior crise da história. Esses medicamentos, conhecidos como Kit Intubação, eram essenciais para a realização segura de

³ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SAES, Taxa de Ocupação de Leitos UTI Covid, mar. 2021.

procedimentos de ventilação mecânica, fundamental para o tratamento de pacientes em estado crítico de COVID e NÃO COVID.



4

A situação tornou-se crítica em diversos estados, que enfrentaram o risco de desabastecimento. O Estado da Bahia, por exemplo, ingressou com a Ação Cível Originária (ACO) 3490 no STF, solicitando que a União garantisse o fornecimento regular desses medicamentos. Alegava-se que o recrudescimento da pandemia e o conseqüente aumento das internações nas UTIs estavam levando o sistema de saúde ao colapso iminente, colocando em risco a vida de inúmeros pacientes. Em resposta a essas demandas, o Ministério da Saúde já havia implementado ações estratégicas concomitantes para diminuir o risco de desabastecimento:

- a) Excepcionalidade na Aquisição inédita e centralizada de medicamentos para intubação orotraqueal (IOT) pelo MS/DLOG.
- b) Requisições Administrativas (NUP 25000.081981/2020 -61).
- c) Aquisições Internacionais por meio da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS em 2020 (NUP: 25000.090938/2020-96).

⁴ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SAES, Autorizações de LSVP, mar. 2021.

- d) Aquisição Internacional pela Embaixada Brasileira no Uruguai de Medicamentos de Laboratórios Uruguaios, por intermédio do MRE (NUP 25000.098581/202 0-94).
- e) Acordo Tripartite Rio-Sul (Saúde Suplementar – Rede D’or e Unimed-Rio) – realocação de medicamentos para o SUS da Rede Privada.
- f) Requisição às Empresas/Indústrias detentoras de Registro de Medicamentos a fornecerem informações sobre a fabricação, importação e distribuição de medicamentos, em parceria com a ANVISA.
- g) Recebimento de Doação Internacional por meio do MRE.
- h) Requisições Administrativas no Parque Farmacêutico (Missão Respirar), sem prejuízo às vendas comprometidas nos setores privado e público, na tentativa de suprir, de forma mais imediata, os estoques mais críticos (NUP 25000.040408/2021-88); e
- i) Monitoramento dos Medicamentos para IOT, utilizando ferramentas de BI (ANVISA e MS) e Painéis para a *Tomada de Decisão Tripartite*.

O objetivo era centralizar as aquisições/requisições, as quais eram realizadas diretamente da indústria e sem a participação dos distribuidores, os quais poderiam dificultar o rastreamento dos estoques desses medicamentos, e distribuí-los de forma equitativa entre os estados com menor nível de estoque, haja vista a dificuldade de aquisições pelos entes federativos, conforme Ofício Nº 0163/2020 do CONASEMS.

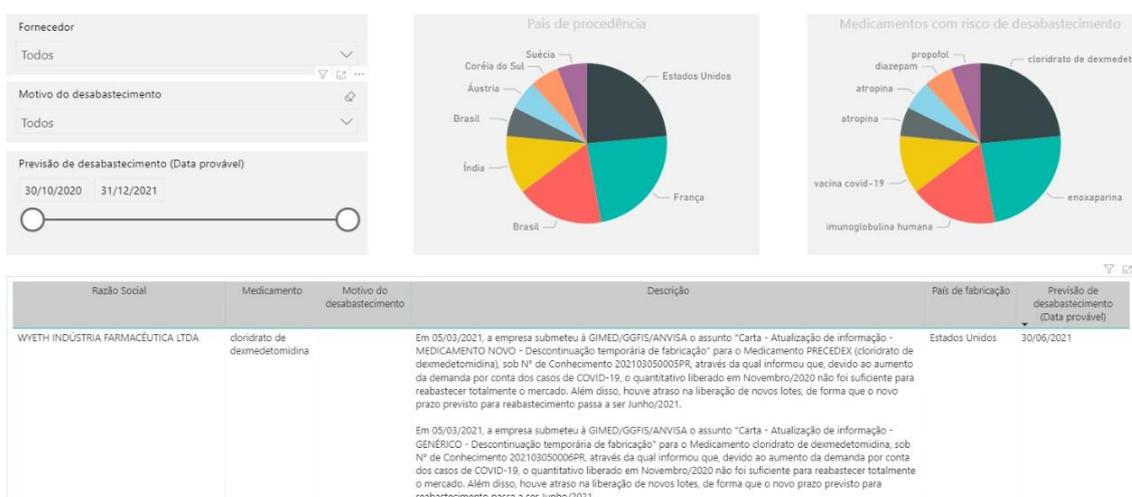
“Diante disso, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no dia 08 de junho de 2020, enviou ao Senhor Ministro Interino de Estado da Saúde, Senhor Eduardo Pazuello, o Ofício n. 0163/2020- CONASEMS, datado de 20 de maio de 2020, manifestando preocupação quanto à oferta e disponibilidade de medicamentos utilizados no âmbito do SUS, especialmente no contexto da pandemia da Covid -19, sobretudo diante do aumento do consumo e escassez no mercado mundial, agravado pelo impacto gerado pelo câmbio de moedas estrangeiras. Relatou-se ainda as *dificuldades na aquisição de medicamentos por parte dos municípios*, em especial de medicamentos de uso no âmbito hospitalar no manejo

de pacientes portadores de Covid-19 com quadro crítico que necessitavam de ventilação mecânica, como por exemplo, medicamentos sedativos, adjuvantes na sedação e relaxantes musculares, que compõe uma relação de fármacos do chamado “ki intubação”.¹ O Plano de Ação da Assistência Farmacêutica na Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) 2021, pag.35.

As aquisições incluíram compras internas e internacionais, sendo que o MS destacou as dificuldades no fornecimento contínuo devido à demanda global.



Risco de Desabastecimento - BI ANVISA



5

O STF, mesmo tendo sido acionado em diversos momentos, não impediu a execução dessas medidas pelo MS. A Corte reconheceu que o Ministério da Saúde já estava tomando as ações necessárias para regularizar o fornecimento, e, portanto, não havia justificativa para interferir diretamente na logística da distribuição. A ministra Rosa Weber, relatora da ACO 3490, destacou a importância do princípio da precaução e solicitou que a União apresentasse um plano concreto de ações para garantir o abastecimento contínuo do Kit Intubação, com ênfase no monitoramento dos estoques e na logística de distribuição, **sem que houvesse qualquer bloqueio judicial.**

Cabe destacar pelo fato do MS ser o responsável técnico e financeiro pelo aumento da capacidade hospitalar dos Leitos de UTI e dos Leitos Suporte

⁵ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SAES, BI ANVISA, mar. 2021.

Ventilatórios, seria racional, razoável e proporcional que a distribuição dos insumos críticos fossem centralizados pelo MS, haja vista o grande risco de desabastecimento regional pelo simples fato do ente federativo achar e/ou supor que está em situação pior que o Estado ao lado e movimentar o braço judiciário para determinar a posse de tais insumos. A Bahia, por exemplo, foi um dos estados da federação que mais ampliou sua capacidade de Leitos de UTI; ou seja, o consumo médio mensal (CMM) da Bahia já comprometia naturalmente o estoque estratégico planejado e pactuado na Tripartite do MS, uma simples ruptura no planejamento de distribuição poderia levar o colapso nacional. Todavia, o STF enxergou o monitoramento técnico e objetivo do MS e nenhum ente federativo colapsou, uma vitória de todo o Estado Brasileiro. Observe abaixo que a Bahia possuía analgésico que compõe o Kit Intubação estocado.



6

Além dos medicamentos do Kit Intubação, o fornecimento de Oxigênio Medicinal, que possui uma logística complexa e totalmente dependente, tecnicamente, da empresa produtora e fornecedora, também se mostrou um grande desafio durante a pandemia, especialmente em locais com infraestrutura mais limitada, como o Estado do Amazonas. O colapso do Sistema de Saúde em

⁶ Ministério da Saúde, Gabinete de Crise, SAES, Análise dos Estados Kit Intubação, mar. 2021.

Manaus, em janeiro de 2021, expôs a necessidade urgente de coordenar o fornecimento de oxigênio hospitalar em todo o território nacional.



Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou a requisição administrativa de oxigênio medicinal, cilindros/tanques de oxigênio e usinas produtoras de oxigênio, que foram enviadas para estados que enfrentavam escassez crítica do insumo, como o Amazonas e Rondônia. A instalação de usinas de oxigênio em locais estratégicos foi fundamental para garantir o fornecimento contínuo de oxigênio medicinal, especialmente em áreas remotas, onde o transporte de cilindros/tanques era mais complexo.



A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 756, ajuizada no STF, não resultou em qualquer impedimento à execução das requisições administrativas de oxigênio pelo Ministério da Saúde. Pelo contrário, o tribunal, em decisão do ministro Ricardo Lewandowski, reconheceu a necessidade de atuação emergencial do governo federal e destacou que a requisição de insumos críticos, como oxigênio, deveria ocorrer de forma complementar às ações estaduais e municipais. O Plano Oxigênio Brasil,

desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foi aprovado como parte dessa estratégia de enfrentamento, e incluiu a instalação de usinas e a redistribuição de oxigênio para regiões críticas.

O Ministério da Saúde, com apoio das Forças Armadas e da iniciativa privada, atuou na logística de transporte e requisição de cilindros, de tanques criogênicos, miniusinas e caminhões-tanque de oxigênio, garantindo o abastecimento contínuo nas áreas mais afetadas. *A decisão do STF não impediu essas ações e reconheceu a necessidade de um esforço coordenado* e baseado em critérios técnicos para evitar novos colapsos no sistema de saúde. A seguir será exemplificada uma tabela do BI da ANVISA, por meio da NOTA TÉCNICA ESPECIAL Nº 2/2021-DIAGE/CGGM/GM/MS

“2.2.12. Quanto à **Questão nº 3**, a capacidade produtiva de oxigênio medicinal por estado brasileiro pode ser vista na tabela abaixo, dados fornecidos pela ANVISA. Dados em milhões de m3 por mês⁷.”

Estado	Estoque	Venda	Prod.	Estado	Estoque	Venda	Prod.	Estado	Estoque	Venda	Prod.
RJ	23,21	8,69	31,9	AM	0,81	1,39	2,2	PA	-0,23	3,67	3,44
SP	20,19	33,98	54,17	CE	-0,41	7,64	7,23	RO	-0,34	1,09	0,75
PR	6,97	4,84	11,81	MT	-0,36	2,98	2,62	AL	-0,39	1,29	0,9
BA	5,45	3,68	9,13	MA	-0,5	1,97	1,47	GO	-0,56	2,98	2,42
PE	2,87	5,6	8,47	SE	-0,08	0,37	0,29	DF	-0,78	3,64	2,86
MG	1,82	11,26	13,08	MS	-0,11	1,19	1,08	SC	-0,96	3,11	2,15
RS	1,16	5,93	7,09	PI	-0,18	1,87	1,69	ES	-1,32	2,02	0,7

A distribuição dos medicamentos do Kit Intubação, do Oxigênio Medicinal, dos Cilindros de Oxigênio e das Usinas de Oxigênio foi feita com base em critérios objetivos, que foram estabelecidos por meio do Tableau impulsionado pelas ferramentas de BI, em Reuniões Tripartite, envolvendo a União, os Estados e os Municípios. Esses critérios incluíam:

- a) A gravidade da pandemia em cada região.

⁷ Do banco de dados sobre oxigênio preparado pela ANVISA, disponível on line mediante senha. De acordo com a forma de disponibilização de dados pela ANVISA, produção seria igual a estoques mais vendas. Da tabela consolidada, pode-se verificar que a produção total brasileira seria da ordem de 165,45 milhões de m3/mês. Dados atualizados em 5 de maio de 2021. Há plantas produtoras de oxigênio medicinal instaladas em RJ, SP, PR, BA, PE, MG, RS, AM e MA. Demais estados apresentam “produção”, mas, na verdade, trazem oxigênio líquido de outros estados para abastecer a clientes. Por isso, estoques negativos. MA tem planta e estoque negativo, porque, apesar de produzir, consome mais que produz.

- b) A capacidade hospitalar dos estados de utilizar os insumos requisitados.
- c) A demanda emergente por intubação nas UTIs e Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP).
- d) A infraestrutura hospitalar para instalação imediata dos equipamentos e/ou recebimento dos cilindros e dos tanques criogênicos.

O planejamento e a logística de distribuição foram ajustados constantemente, de acordo com a evolução da pandemia e o surgimento de novas regiões críticas. A cooperação entre os entes federativos foi essencial para garantir que os recursos chegassem aos locais mais necessitados, evitando desabastecimentos graves. Além disso, o Plano Oxigênio Brasil foi atualizado regularmente para responder às mudanças na demanda por oxigênio medicinal, assegurando que regiões como o Amapá, Rondônia e Rio Grande do Norte recebessem insumos prioritariamente.

A requisição administrativa dos medicamentos do Kit Intubação, Oxigênio Medicinal, Cilindros de Oxigênio e das Usinas de Oxigênio pelo Ministério da Saúde foi uma medida eficaz para garantir o fornecimento contínuo desses insumos essenciais durante a pandemia de COVID-19. Ao contrário do que ocorreu com a requisição de ventiladores pulmonares e dos insumos da vacina, o STF não interferiu de forma significativa nas decisões administrativas relacionadas a esses itens, permitindo que a estratégia de distribuição fosse implementada de forma coordenada e eficiente, enaltecendo a isonomia e universalidade assistencial.

A ausência de intervenção judicial direta foi crucial para que a distribuição dos insumos fosse feita de maneira isonômica, baseada em critérios técnicos e ajustada conforme a evolução da pandemia. A estratégia tripartite de cooperação entre União, Estados e Municípios mostrou-se bem-sucedida, garantindo que as regiões mais afetadas recebessem os recursos necessários para salvar vidas. A atuação do Ministério da Saúde, respaldada por dados do Sistema CNES, Sistemas do Departamento de Regulação Assistencial e Controle – **DRAC/SAES**, Sistemas do Departamento de Informática do SUS DATASUS/SE, Sistemas da ANVISA e pela coordenação logística pública-privada, foi fundamental para evitar o desabastecimento no Sistema de Saúde,

especialmente no fornecimento de oxigênio medicinal e medicamentos de IOT. Como exemplo pode-se citar que nenhum hospital público ou privado deixou de praticar o procedimento de intubação e/ou de catéter de alto fluxo para suporte ventilatório devido a ausência de tais insumos.

“O DATASUS dispõe de duas salas-cofre, uma em Brasília e outra no Rio de Janeiro, nas quais são mantidos os servidores de rede que hospedam a maioria dos sistemas do Ministério da Saúde. A estrutura de armazenamento de dados (STORAGE) do Departamento tem condições de **armazenar informações sobre saúde de toda população** brasileira. Além disso, disponibiliza links espalhados em várias cidades brasileiras com conexões com todos os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, Funasa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Casa do Índio e com as 27 secretarias estaduais de saúde.(Brasil, 2024)”

4.5 A DECISÃO DO STF E O PODER COERCITIVO DO ESTADO DE PERNAMBUCO (PE) NA REQUISIÇÃO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR PRIVADA DURANTE A PANDEMIA

O sistema de saúde, tanto público quanto privado, foi pressionado pela demanda crescente, exigindo medidas rápidas e eficazes para evitar o colapso. Em diversos momentos da crise sanitária, a administração pública teve que recorrer ao Instituto da Requisição Administrativa como meio de garantir o acesso a recursos essenciais, como os leitos de UTI, independentemente de sua origem pública ou privada.

No Estado de Pernambuco, a utilização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi fundamental para mapear a real capacidade de atendimento e identificar a necessidade de expansão dos leitos disponíveis. Com base nos dados do CNES e na situação crítica da rede pública de saúde, o estado, por meio da Secretaria de Saúde, determinou a Requisição Administrativa de uma Unidade Hospitalar privada, ampliando, assim, a oferta de leitos de UTI para pacientes com COVID-19 e outras síndromes respiratórias graves. Essa medida, contestada judicialmente, foi ratificada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que *reconheceu a legalidade e*

a *proporcionalidade da requisição*. A seguir, será detalhada o processo requisitório pelo ente federativo.

Com base em levantamento técnico no CNES, o Estado de Pernambuco, por meio da Portaria nº 032, de 19 de janeiro de 2022, determinou a requisição administrativa de uma Unidade Hospitalar privada pertencente ao Centro de Educação e Saúde Comunitário - CESAC (Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Ó), visando utilizar os leitos de UTI e enfermaria para atender à alta demanda de pacientes da rede pública, incluindo aqueles com COVID-19 e doenças de alta complexidade, que estavam represadas.

A decisão de requisição foi contestada judicialmente pelo hospital privado, que alegou a inexistência de urgência e transitoriedade na medida, além de questionar a falta de indenização imediata e a oferta prévia de leitos que teria sido ignorada pelo estado. O caso foi levado ao Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE), que inicialmente suspendeu a Portaria nº 032/2022, argumentando que não havia necessidade comprovada de intervenção pública sobre a unidade hospitalar privada.

Entretanto, o Estado de Pernambuco recorreu ao Supremo Tribunal Federal, solicitando a suspensão da decisão do TJPE. No julgamento da Suspensão de Segurança (SS) 5554, o STF, por meio do ministro Luiz Fux, ratificou a requisição administrativa, destacando o risco iminente à saúde pública e a necessidade de ampliar a oferta de leitos para atender à alta demanda. O STF reconheceu que a medida tomada pelo estado estava amparada na Lei nº 13.979/2020, que autoriza a requisição administrativa de bens e serviços em situações de emergência sanitária.

O STF também ressaltou a importância da deferência judicial às autoridades de saúde, que possuem maior capacidade técnica para a formulação de políticas públicas. A decisão afirmou que a requisição foi proporcional, razoável e necessária para enfrentar a crise de saúde pública, não cabendo ao Judiciário substituir as decisões administrativas tomadas com base em *critérios técnicos*.

Ao centralizar informações sobre a infraestrutura hospitalar, o CNES permitiu uma visão abrangente da capacidade disponível no estado, o que

justificou a requisição dos leitos privados para uso público. A administração pública buscou a assistência universal, garantindo que todos os cidadãos, independentemente de estarem na rede pública ou privada, tivessem acesso ao tratamento necessário.

A universalidade do atendimento, prevista na Constituição Federal e regulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi o princípio norteador da requisição. O Estado de Pernambuco agiu para assegurar que os leitos de UTI, que estavam sendo utilizados de forma particular, fossem alocados para atender à população em geral, com base nas necessidades urgentes e no princípio da equidade. Isso garantiu que o tratamento não fosse restrito a um grupo específico, mas sim distribuído de forma igualitária, de acordo com a gravidade dos casos e a demanda dos hospitais públicos.

A decisão do STF de ratificar a Requisição Administrativa da Unidade Hospitalar foi baseada nos princípios de razoabilidade e proporcionalidade, elementos fundamentais para garantir uma resposta adequada à crise de saúde pública. O Supremo reconheceu que a requisição da Unidade Hospitalar era uma medida temporária e emergencial, adotada com o objetivo de evitar o colapso do sistema de saúde e salvar vidas.

A cooperação entre os entes federativos, o uso de dados precisos do CNES e a atuação coordenada do Estado e do Judiciário foram fundamentais para garantir que os recursos de saúde fossem utilizados de forma eficiente e equitativa, assegurando que nenhum cidadão fosse deixado sem assistência em meio à maior pandemia da história.

A seguir, serão estudadas e propostas cinco diretrizes estratégicas para a regulamentação do Instituto em gestão de crise internacional em saúde. Nesse próximo capítulo, serão exemplificadas em contexto fático cada diretriz proposta, enriquecendo a análise para regulamentar a Requisição e diminuir a insegurança jurídica sobre o Instituto.

5 DIRETRIZES ESTRATÉGICAS PARA A REGULAMENTAÇÃO DO INSTITUTO REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA NA GESTÃO DE CRISE INTERNACIONAL EM SAÚDE

A fragilidade da existência de uma regulamentação única e atual da Requisição Administrativa foi evidenciada durante a pandemia de COVID-19, particularmente diante da escassez de insumos e da necessidade de rápida mobilização de recursos tanto no setor público quanto no privado. O Instituto da requisição administrativa, prevista em diferentes artigos da CFRB/88 e em leis infraconstitucionais com diferentes objetivos trouxe uma instabilidade jurídica que dificultou a assistência efetiva da Saúde. A pandemia expôs a falta de clareza regulatória e a judicialização excessiva do instituto, especialmente nas disputas entre a União, Estados e Municípios. Somente no STF, foram vinte e duas decisões monocráticas, seis decisões do Presidente, seis acórdãos e um informativo; ou seja, a máquina judiciária, que é bastante cara para a sociedade, foi acionada em todo momento para decidir sobre o Instituto, prejudicando a celeridade logística sanitária em um país continental.

A regulamentação clara e estratégica pode reduzir conflitos entre os entes federativos, garantindo uma atuação mais eficaz da saúde e diminuindo a necessidade de intervenção do Judiciário.

Para fortalecer a gestão de crises sanitárias e melhorar a efetividade do Instituto da Requisição Administrativa, algumas diretrizes estratégicas devem ser consideradas:

a) Criação de um Marco Regulatório Nacional.

O Instituto Requisição Administrativa aparece em fragmentos pelo ordenamento jurídico brasileiro, a Carta Magna expressa o inciso XXV do Art. 5º que tutela a propriedade particular e que alguns juristas ficam fixados na ideia errônea de que o Instituto na saúde somente pode atingir bens privados, não se atentando para o hiato da infraestrutura (patrimonial e assistencial) entre o SUS e a Saúde Suplementar.

A CFRB/88 descreve, também, nos incisos II, §1º do Art. 136 (Estado de Defesa) e VII, do Art. 139 (Estado de Sítio), as requisições sobre *bens e serviços públicos* em um primeiro estágio da crise (Defesa) e as requisições de bens das pessoas no segundo estágio (Sítio) e na mesma lógica do Inc. XXV do Art. 5º, alguns juristas ficam aprisionados ao necessário Estado de Defesa para requisitar bens e serviços públicos na saúde, esquecendo os mesmos de que a Constituição de 1988 foi elaborada sobre a égide da forte intervenção econômica estatal, percorrendo todo o século XX, desde a Era Vargas até os Governos Militares, inexistindo e/ou irrisória a rede privada hospitalar; ou seja, em

determinadas cidades no Brasil não existe assistência privada, tornando-se ineficaz e irracional essa interpretação extensiva de separar as requisições privadas das requisições públicas de emprego imediato, contrariando a responsabilidade tripartite do SUS e somatizando-se a velocidade de contágio e o alto grau de letalidade do vírus na maior crise internacional em saúde.

Na pandemia, os Hospitais Públicos não funcionavam sem os serviços privados e sem a logística privada e vice-versa para os Hospitais Privados, sem contar com os hospitais das parcerias público-privada (PPP); destaca-se o próprio médico (pessoa natural) é servidor na rede pública e tem contrato de trabalho na rede privada, e sem a presença desse profissional não existe assistência hospitalar. Assim, é desproporcional e irracional ter limites público ou privado na Requisição Administrativa dos bens e dos serviços para atender a gestão de crise em saúde. A seguir será apresentado dois fatos que enaltecem a essencial criação do Marco Regulatório Nacional.

Cita-se como exemplo positivo o fator estratégico e dissuasório do Instituto Requisição Administrativa fundamentado no Inc. XIII, Art. 15 da Lei 8080/90 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.) combinado com o Inc. VII, Art. 3º da Lei 13979/2020 (Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.), não existindo a distinção entre as requisições de bens e serviços públicos ou privados, *in verbis*, respectivamente:

“XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá *requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas*, sendo-lhes assegurada justa indenização;(Brasil, 1990)”

“VII - *requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas*, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e (Brasil, 2020)”

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), *empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde*, que fica dentro da cidade de Porto Alegre/RS. O Secretário de Saúde do Estado, bem como o Secretário de Saúde do Município, que possuem a visão real de ocupação de leitos UTI-COVID 19 em suas regiões de saúde, tinham a ciência do poder requisitório das Secretarias de Saúde para leitos de UTI do GHC. O Diretor-Presidente do GHC ciente da submissão requisitória disponibilizou os Leitos de UTI de forma consensual e sem previsão contratual em Ata Bipartite do SUS. Com isso, o Estado e o Município puderam regular, imediatamente, os pacientes graves do Estado e do Município, despressurizando a rede de saúde de forma célere, isonômica e universal, salvando vidas no RS. Tal fato é um exemplo da estratégia dissuasória do

Instituto Requisição Administrativa, erradicando o litígio entre os entes e possibilitando tomadas de decisão tempestivas que salvaram milhares de vidas.

O outro fato, na contramão, s.m.j., do princípio da **Dignidade da Pessoa Humana** de caráter supranacional e princípio fundamental constitucional, e dos princípios constitucionais da universalidade e da igualdade, vem a decisão da ADI3454, a questão foi discutida a propósito de requisições administrativas de insumos da vacina, que estavam empenhadas pelo Estado de São Paulo, *in verbis*:

“Decisão: O Tribunal, por unanimidade, julgou procedente o pedido formulado na presente ação direta para atribuir interpretação conforme à Constituição ao art. 15, inc. XIII, da Lei nº 8.080/90, excluindo a possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços públicos de titularidade de outros entes federativos, nos termos do voto reajustado do Relator. STF. Plenário, Min. Dias Toffoli, Sessão Virtual de 10.6.2022 a 20.6.2022.”

“EMENTA

Ação direta de inconstitucionalidade. Artigo 15, inciso XIII, da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS). Requisição administrativa de bens e serviços para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias. Interpretação conforme à Constituição. Vedação a que um ente federado requisite bem ou serviço de outro. Entendimento jurisprudencial da Suprema Corte consolidado no decorrer da Pandemia da Covid-19. Ofensa à autonomia do ente federado e ao pacto federativo. Princípio do federalismo cooperativo. Cooperação e horizontalidade. Procedência do pedido. (STF. Plenário, Min. Dias Toffoli, Sessão Virtual de 10.6.2022 a 20.6.2022.)”

No final de dezembro 2020, o MS estava em duas frentes bem complexas: a curva pandêmica batendo na Região Norte, precisamente no Estado do AM, e todo planejamento inicial para o início da execução do PNI (Plano Nacional de Imunização). A Região Norte, com seus vastos territórios de difícil acesso, condições precárias de saúde e *população indígena vulnerável*, dependeu intensamente do apoio federal e da distribuição equitativa de insumos para garantir o início do PNI. A decisão do STF atrasou o fornecimento desses insumos para regiões que mais necessitavam, uma vez que o Estado de São Paulo, com seu parque industrial robusto, poderia ter suas necessidades atendidas de forma mais eficiente e menos prejudicial do que os estados mais carentes. A seguir é ilustrada uma das Requisições que deram origem a ADI 3454 e que só foi decidida em 21/06/2022, **um (1) ano e seis (6) meses após o fato**, na maior pandemia da história, com contágio sem precedentes e com o vírus de alta letalidade.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

Brasília, 31 de dezembro de 2020.

Ofício 003/Req Adm

À Senhora

Ana Patrícia Saldanha Rodrigues Silva

Empresa: Saldanha Rodrigues Ltda.

E-mail: logistica_filial@seringasr.com.br

Telefone: (67) 3433-6673 - (92) 2125-6000

Assunto: requisição administrativa imediata de insumos a serem utilizados no Plano de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a COVID-19.

Senhora Diretora,

Conforme Inciso XXV, Art. 5º da Constituição Federal de 1988, combinado com o Inc. XIII, Art.15º da Lei nº 8080 de 1990, a autoridade competente da esfera administrativa poderá requisitar bens e serviços.

Na esteira do parágrafo anterior, estão alicerçando o ato administrativo com alinhamento sinérgico as seguintes normativas: a Lei nº 13.979 de 6/2/2020, a Portaria GM/MS nº 188 de 3/2/2020 e a Portaria GM/MS nº 1.950 de 4/8/2020.

O Programa Nacional de Imunização tem como objetivo contribuir na prevenção e no controle de doenças imunopreveníveis de relevância epidemiológica no País. Programa, por meio de ações planejadas e sistematizadas, é responsável por definir toda política de vacinação do País, desde a aquisição dos imunobiológicos até a sua disponibilização nas salas de vacinação do Brasil, passando pelo estabelecimento de normas e diretrizes sobre as indicações e recomendações para utilização das vacinas, firmadas nos calendários de vacinação, assim como os grupos prioritários e as estratégias a serem adotadas para a operacionalização das ações de vacinação, conforme Lei 6.259/1975.

Neste sentido, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações vem acompanhando os estudos, principalmente no que tange às vacinas, e elaborou um Plano de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a COVID-19, com vistas a antecipar o planejamento e, conseqüentemente, a execução das atividades necessárias, quando da incorporação da vacina, considerando diferentes cenários a serem definidos, visando suprir a urgência de se dispor de medidas de prevenção e controle eficazes.

1

A renomada doutrinadora Maria Sylvia Zanella Di Pietro define bem as características da Requisição Administrativa, *in verbis*:

“Em qualquer das modalidades, a requisição caracteriza-se por ser um procedimento unilateral e autoexecutório, pois independe da aquiescência do particular e da prévia intervenção do Poder Judiciário; é em regra oneroso, sendo a indenização *a posteriori*. Mesmo em tempo de paz, só se justifica em caso de perigo público iminente. (Di Pietro, 2024, p. 151)”

Cabe destacar a ADI 6625, que foi decidida em 08/03/2021, *in verbis*:

“Ementa: TUTELA DE URGÊNCIA EM AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. CONCESSÃO MONOCRÁTICA. INTERPRETAÇÃO CONFORME À CONSTITUIÇÃO PARA CONFERIR SOBREVIDA A MEDIDAS TERAPÊUTICAS E PROFILÁTICAS EXCEPCIONAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19. PROVIDÊNCIAS PREVISTAS NA LEI 13.979/2020 CUJA VIGÊNCIA FIMOU EM 31 DE DEZEMBRO DE 2020. RECRUDESCIMENTO DA PANDEMIA COM O DESENVOLVIMENTO

¹ ANEXO C

DE NOVAS CEPAS VIRAIS. EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA QUE SE MANTÉM INALTERADA. INCIDÊNCIA DOS PRINCÍPIOS DA PREVENÇÃO E PRECAUÇÃO. CAUTELAR REFERENDADA PELO PLENÁRIO.”

“Decisão: O Tribunal, por maioria, referendou a concessão parcial da medida cautelar pleiteada para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 8º da Lei nº 13.979/2020, com a redação dada pela Lei 14.035/2020, a fim de excluir de seu âmbito de aplicação as medidas extraordinárias previstas nos arts. 3º, 3º-A, 3º-B, 3º-C, 3º-D, 3º-E, 3º-F, 3º-G, 3º-H e 3º-J, inclusive dos respectivos parágrafos, incisos e alíneas, nos termos do voto do Relator, vencido o Ministro Marco Aurélio. Falou, pela requerente, a Dra. Kamila Rodrigues Rosenda. STF. Plenário, Min. Rel. Ricardo Lewandowski, Sessão Virtual de 26.2.2021 a 5.3.2021.”

Há *um ano e três meses antes* da Decisão da ADI 3454, o STF teve a decisão contrária expressa na ADI 6625; ou seja, manteve o Instituto da Requisição Administrativa nos moldes do Inc. VII do Art. 3º da Lei 13979/2020, *“requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas”*, independente se a posse desses bens e serviços estavam com outros entes da federação, s.m.j., tornando-se públicos após a posse. A decisão da ADI 6625 enaltece a segurança jurídica do Inc. XIII, Art. 15 da Lei 8080/90, *“requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas”*, caracterizando uma total dicotomia na decisão da ADI 3454 e trazendo uma insegurança jurídica imensa para um novo perigo público iminente. Assim, é de uma clareza solar a necessidade de criação do Marco Regulatório Nacional, para evitar que vidas brasileiras sejam ceifadas por decisões que ferem diretamente a base do SUS, que é ÚNICO, UNIVERSAL E IGUALITÁRIO. Enfim, não é racional, proporcional e razoável, diante do SUS, para que a “ofensa do pacto federativo” ocupe posição no ordenamento jurídico acima do princípio supranacional, s.m.j., da *Dignidade da Pessoa Humana e do Direito Supranacional à VIDA*.

E, ainda, deve-se desenvolver uma regulamentação específica e detalhada para o uso do Instituto Requisição Administrativa em crises internacionais de saúde, como a última pandemia de COVID-19. Esta legislação deve padronizar os procedimentos e estabelecer critérios objetivos para a requisição de bens e serviços, evitando interpretações subjetivas e ações judiciais, totalmente, desnecessárias.

b) Reunião Tripartite como Ferramenta Estratégica.

A Reunião Tripartite entre União, Estados e Municípios, realizada no âmbito do SUS, deve ser a instância responsável por decidir sobre a utilização do Instituto da Requisição Administrativa, especialmente quando envolver bens e serviços essenciais como Leitos de UTI, Ventiladores Pulmonares, Medicamentos de IOT e Oxigênio Medicinal. A Tripartite proporcionaria uma visão mais

abrangente e integrada das necessidades regionais e reais, reduzindo a fragmentação de esforços e evitando disputas judiciais como as ocorridas durante a pandemia. A seguir será exemplificada como a Reunião Tripartite foi estratégica para levantar dados que possibilitassem a equalização do abastecimento de medicações de IOT em todo território nacional, destacando o papel do Instituto da Requisição Administrativa de forma efetiva na gestão de crise internacional.

		Ministério da Saúde Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
REUNIÃO TRIPARTITE PARA MONITORAMENTO DA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE FÁRMACOS PARA INTUBAÇÃO NO ÂMBITO DO COMBATE À PANDEMIA DE COVID19.		
DATA: 17/03/2021. HORÁRIO: 17h às 18h. LOCAL: Teams, Sala Reunião Tripartite.	Participantes: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Alessandro Vasconcelos, Andressa Franco, Jardênia Rosa, Ediane Bastos, Evandro Costa, Sônia Linhares. CONASS: Heber Bernarde / CONASEMS: Wilames Freire, Mauro Junqueira e Elton Chaves	

Resumo Executivo

1. Status no andamento do novo certame referente a ARP Nacional.
 - Informado que na sexta-feira (19/03/2021) será realizada uma reunião de alinhamento para definição do novo certame e alinhamento e definição de papéis nos fluxos de gestão de medicamentos de IOT entre DAF/SCTIE e GAB/SAES.
 - Conass e Conasem reiteram a necessidade do certame em tempo hábil.

2. Devolutiva do MS sobre processo de aquisição emergencial por meio de requisição administrativa.
 - SAES/MS informou que no dia de hoje (17/03/2021) foi feita uma requisição administrativa para bloqueadores neuromusculares. Pontuou que foi requisitado os seguintes quantitativos: atracurio (2,5 ml) 103.255 mil ampolas, atracurio (5 ml) de 117.484 ampolas, cisatracurio (5 ml) 79.557 ampolas, cisatracurio (10 ml) 121.252 ampolas e rocurônio 243.959 ampolas, ressaltando que esse quantitativo requisitado, pode não corresponder o quantitativo entregue.

3. Ampliação na coleta de informações para além de UTI-covid dos hospitais dos planos de contingência.
 - Acordado pelo grupo que a coleta de informações será expandida para além dos hospitais dos planos de contingência, de forma a considerar todos os estabelecimentos públicos de saúde, como por exemplo UBS, UPAS e HPP, onde esteja sendo realizado o processo de intubação orotraqueal à pacientes portadores de Covid-19. Para isso, será definido modelo de formulário para coleta das informações mínimas necessárias a serem consolidadas semanalmente pelas SES e Cosems.



² Atas públicas tripartite realizadas entre o MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde dos Estados e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (MS, Ata Tripartite, 17.03.21)

 **AÇÕES EXECUTADAS**

Reunião União Química :
Início: 11:17 hrs

Em reunião realizada na data de hoje, **23/03/2021**, iniciada às 11h17, entre o Ministério da Saúde e a **União Química**, no centro administrativo em São Paulo, sobre a requisição administrativa recebida pela empresa em 19/03/2021, emitida pelo ministério em 17/03/2021, com as presenças por parte do Ministério da Saúde do Secretário de Atenção Especializada à Saúde(SAES) Luiz Otávio Franco Duarte, Evandro Medeiros Costa, Andreza Franco, pela AGU Luiz Carlos Freitas e pela União Química Fernando Marques, Thiago Barbosa, Vagner Nogueira.

Apontou que aguarda a liberação do preço CMED das medicações Remifentanila e do rocuronio, registrados recentemente na ANVISA.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em 29/03/2021 | Edição: 59 | Seção: 1 | Página: 4
Órgão: Presidência da República/Conselho de Governo/Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

RESOLUÇÃO CTE-CMED Nº 4, DE 25 DE MARÇO DE 2021

Estabelece procedimentos para a análise dos Documentos Informativos de Preço referentes aos pedidos de precificação de medicamentos destinados ao tratamento da Covid-19, pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).



3

 **CAMPINAS E REGIÃO** 

Azul inicia transporte de 3 toneladas de 'kit intubação' de Campinas para 19 estados e DF

Companhia aérea terá 32 voos para levar três toneladas de medicamentos necessários para tratamento de pacientes com Covid-19. Ação começou nesta segunda e terá sequência na terça.

4



Conforme exemplificado acima, é de suma importância a Reunião Tripartite do SUS para a execução com efetividade da Requisição Administrativa, fortalecendo o comprometimento com os princípios constitucionais da universalidade e da igualdade, afastando o litígio entre os entes administrativos e otimizando a utilização do Instituto.

³ Reunião no Gabinete de Crise do MS, apresentação da SAES sobre a Missão Respirar na gestão de crise em IOT (MS, Gabinete de Crise, Missão Respirar, 29.03.21)

⁴ Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/03/29/azul-inicia-transporte-de-4-toneladas-de-kit-intubacao-de-campinas-para-19-estados-e-df.ghtml>>. Acesso em: 22 nov.2024.

c) Ações Estratégicas Concomitantes ao Processo Requisitório.

É fundamental executar os atos administrativos estratégicos, para aquisição e/ou doação e/ou transferência de bens e serviços de saúde, concomitantes com o processo administrativo do Instituto Requisição Administrativa, para evidenciar que o mínimo necessário estará sendo requisitado como a “*ultima ratio*” para afastar o perigo iminente à vida. Assim, o Instituto será utilizado como ferramenta estratégica da manutenção do bem maior do ordenamento mundial: a vida.

Alinhado com a “*ultima ratio*” da utilização do Instituto, o renomado doutrinador Rafael Carvalho Rezende Oliveira destaca, *in verbis*:

“É preciso destacar que o iminente perigo público deve decorrer de eventos imprevisíveis, revelando-se descabida a sua caracterização decorrente de ações ou omissões da Administração Pública que denotam a falta ou a ineficiência do planejamento público. A partir de uma espécie de “iminente perigo público fabricado” ou “perigo previsível, oriundo da desídia e/ou da falta de planejamento da própria Administração Pública, não é concebível abrir caminho para “coação” ou “punição” do proprietário. (Oliveira, 2024, p. 606)”

“Apenas em situação de extrema urgência seria viável a implementação imediata da requisição, sem a prévia instauração do processo administrativo. É o caso, por exemplo, da requisição imediata de imóvel privado para abrigar pessoas desabrigadas por inundação ou incêndio dos respectivos imóveis. Nesse caso, a exigência de prévio processo administrativo poderia comprometer a satisfação do interesse público, com o afastamento da situação de perigo, admitindo-se, portanto, a formalização posterior do processo administrativo para garantir, de forma diferida no tempo, o devido processo legal, a ampla defesa e o contraditório, além da definição do valor da indenização.

Enquanto perdurar o perigo iminente, a requisição permanecerá válida. Considera-se, portanto, extinta a requisição quando desaparecer a situação de perigo. (Oliveira, 2024, p. 608)”

Em seguida, será exemplificado como as ações estratégicas concomitantes ao processo requisitório de medicações IOT no MS foram imprescindíveis para proporcionar a segurança administrativa e jurídica, trazendo a razoabilidade e a estabilidade entre os entes federativos e equalizando o abastecimento em todo território nacional; e, ainda, quase erradicando as demandas judiciais referentes ao “Kit Intubação”.

Nesse contexto, **embora a seleção, aquisição e distribuição de medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e agentes adjuvantes, dentre outros, utilizados pelos hospitais de referências, sejam de responsabilidade dos entes federados ou dos próprios hospitais**, em meados de junho de 2020, quando o MS tomou conhecimento do risco de desabastecimento desses medicamentos, 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 representativas, para identificar os possíveis problemas que estão contribuindo para a dificuldade de aquisição dos medicamentos em questão.

Assim, considerando o cenário de 2020 e a falta de oferta suficiente para suprir, no tempo devido, os estoques dos estados e do DF, como forma de auxiliar na manutenção dos estoques desses medicamentos em todo o país, o MS implementou ações estratégicas, destacando-se as seguintes:

1. **Requisição administrativa;**
2. **Realização dos Pregões Eletrônicos (SRP) nº 110/2020 e nº 124/2020, pelo Sistema de Registro de Preços;**
3. **Aquisição por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).**
4. **Aquisição de medicamentos de laboratórios uruguaios, por intermédio do MRE;**
5. **Acordo tripartite Rio-Sul (Saúde Suplementar – Rede D'OR e Unimed-Rio) – realocação de medicamentos para o SUS;**
6. **Requisição às empresas detentoras de registro de medicamentos a fornecerem informações sobre a fabricação, importação e distribuição de medicamentos;**

Cumpra esclarecer que os medicamentos necessários para as referidas ações foram definidos com base em lista apresentada pelo CONASS, em articulação com o CONASEMS, apresentados quadro abaixo:

5

Todas as requisições devem ser acompanhadas de explicações claras sobre a necessidade da medida, respeitando os princípios de proporcionalidade e adequação, conforme estabelecido na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB). Deve-se priorizar a requisição de bens e serviços de forma proporcional ao perigo público, evitando-se o uso excessivo do poder coercitivo estatal. Com isso, o emprego de ações estratégicas concomitantes a Requisição Administrativa é essencial para a segurança administrativa e jurídica.⁶

d) Transparência.

O princípio da transparência é fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, assegurando a clareza e a abertura das ações governamentais. Cabe destacar os alicerces constitucionais: artigo 37, caput e artigo 5º, inciso XXXIII. Ainda, ressalta-se os fundamentos infraconstitucionais: a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), e bem como, de forma explícita, o Princípio da Transparência na Lei nº 14.133/2021, destacando o artigo 5º que estabelece, na aplicação da lei, devem ser observados, entre outros, os princípios da publicidade e da transparência.

⁵ MS. *Plano de Ação Estratégico da Assistência Farmacêutica na ESPIN*. Distrito Federal: MS, 2021, p. 39.

⁶ Anexo A: Requisição Administrativa de Ventiladores Pulmonares, exemplo de aplicação do Instituto com proporcionalidade e adequação.

A transparência é fundamental para garantir a confiança dos proprietários de bens e serviços requisitados e da sociedade. Os **Acordos Cooperação Técnica (ACP)** são essenciais para garantir a Transparência na utilização do Instituto. O MS realizou Acordos de Cooperação Técnica com o TCU e a CGU, integrando o controle interno e o controle externo para juntos enfrentar a pandemia. Tal acordo enalteceu a Transparência Pública para com todos os atos administrativos do MS e, principalmente, o emprego racional, proporcional e razoável do Instituto da Requisição Administrativa.

O MS também fez Acordo de Cooperação Técnica com a PGR/MPF e com CNMP, integrando uma grande força fiscalizatória dentro e fora do MS, com operações em conjunta com o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) em todo espaço geográfico brasileiro. Esse último acordo foi essencial para prevenir litígios entre os entes federativos sobre o processo da Requisição Administrativa. Reuniões semanais com os Procuradores Federais e Promotores Estaduais foram primordiais para prevenir critérios subjetivos, irracionalidades e desproporcionalidades no emprego do Instituto. A seguir será exemplificado o extrato do ACP MS e PGR/MPF.

3.ABRANGÊNCIA

O trabalho tem abrangência em todo o território nacional, envolvendo a União, estados Distrito Federal e municípios, como partes integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

4. JUSTIFICATIVA

A saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme determina a Constituição da República Federativa do Brasil. O Estado deve promover políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta importante premissa constitucional deve ser garantida pelos diversos órgãos de governo e de controle, bem como pela participação da sociedade, de forma articulada e complementar. Deste modo, o presente Acordo de Cooperação Técnica viabilizará o apoio mútuo e a troca de informações na busca o aprimoramento das práticas, ações programas de aperfeiçoamento do SUS.

Ressalta-se que todos os partícipes já realizam suas atividades precípua tendo como foco as políticas públicas de saúde, tornando evidente haver interesses recíprocos: integridade, transparência e o combate aos desvios de conduta e corrupção nas ações dos agentes públicos na área da saúde.

A união de esforços entre os partícipes possibilitará o incremento na transparência e o aprimoramento das políticas públicas e aplicação dos recursos federais no setor saúde, o que resultará no melhor atendimento das necessidades de saúde da população.

5. OBJETIVOS

Alinhar estratégias e encontrar soluções que tenham o potencial de impactar positivamente nas ações de saúde, por meio do aprimoramento de políticas públicas e da melhoria da aplicação dos recursos federais da saúde, garantindo a maior transparência das ações relacionadas à saúde.

⁷ Extrato do Anexo D: ACP entre MS e PGR/MPF.

e) Princípio da Segregação de Função na aplicação do Instituto.

De acordo com o CNMP, o Princípio da Segregação de Funções é assim definido.

“A segregação de funções consiste na separação das funções de autorização, aprovação, execução, controle e contabilização. Para evitar conflitos de interesses, é necessário repartir funções entre os servidores para que não exerçam atividades incompatíveis, como executar e fiscalizar uma mesma atividade. Conforme o Conselho Federal de Contabilidade, na Resolução nº 1.212/2009, segregação de funções significa atribuir a *peessoas diferentes as responsabilidades de autorizar e registrar transações e manter a custódia dos ativos. A segregação de funções destina-se a reduzir as oportunidades que permitam a qualquer pessoa estar em posição de perpetrar e de ocultar erros ou fraudes no curso normal das suas funções.*”

“Deve ocorrer a devida segregação entre as funções de controle e as diversas áreas administrativas. Além disso, a própria área administrativa deve ter sua *responsabilidade dividida* entre as atividades de finanças, contabilidade, recursos humanos, guarda patrimonial, licitação e entre o empenho, a liquidação (recebimento), o pagamento e a conferência (conformidade).”⁸

A luz do art 5º da Lei 14133/2021 sobre Licitações e Contratos, assim expressa o Princípio:

“Art. 5º Na aplicação desta Lei, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, *da segregação de funções*, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo, da segurança jurídica, da razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável, assim como as disposições do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro). (Brasil, 2021)”⁹

⁸Disponível em: <<https://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/724institucional/comissoes-institucional/comissao-de-controle-administrativo-e-financeiro/ordenador-de%20despesas/recursos-humanos-e-gestao-de-pessoas/5888-segregacao-de-funcoes-como-distribuir%20atividades#:~:text=A%20segrega%C3%A7%C3%A3o%20de%20fun%C3%A7%C3%B%20es%20consiste,e%20fiscalizar%20uma%20mesma%20atividade>>. Acesso em: 22 nov.2024.

⁹ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm>. Acesso em: 22 nov.2024.

Cabe destacar, em analogia, a escolha da autoridade competente a ser delegada para aplicação do Instituto e assim a Lei 14133/2021 enaltece o princípio no §1º do art. 7º, *in verbis*:

“§ 1º A autoridade referida no **caput** deste artigo deverá observar o princípio da segregação de funções, vedada a designação do mesmo agente público para atuação simultânea em funções mais suscetíveis a riscos, de modo a reduzir a possibilidade de ocultação de erros e de ocorrência de fraudes na respectiva contratação.(Brasil, 2021)”

Cabe destacar que o MS, em fase inicial da pandemia, verificou o achado que o Chefe do Departamento de Logística de Insumos Estratégicos (DLOG) era o Ordenador de Despesas para o pagamento de insumos estratégicos e ao mesmo tempo era a autoridade competente pelo MS para executar a Requisição Administrativa, este fato contraria o princípio da Segregação de Funções frontalmente; ou seja, a mesma autoridade que requisita é a mesma que paga, não existindo segregação processual de auditoria do ato administrativo. Com isso, o MS, imediatamente, retificou em portaria tal achado e regularizou o ato processual. A seguir será externada a portaria de saneamento processual.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.950, DE 4 DE AGOSTO DE 2020

[Revogada pela Portaria nº 197 de 2021](#)

Delega competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, durante a vigência da declaração de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II, parágrafo único, art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Fica delegada competência ao Secretário de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, para realizar requisição de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Art. 2º A delegação vigorará enquanto perdurar o estado de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogada a [Portaria nº 476/GM/MS, de 23 de março de 2020](#), publicada no Diário Oficial da União Edição Extra nº 56-C, de 23 de março de 2020, Seção 1, página 2

EDUARDO PAZUELLO

[Este texto não substitui o publicado no DOU de 17.8.2020](#)

Cabe salientar que a não observância da segregação de função, em plena pandemia histórica, gera o exponencial risco de achados de irregularidades processuais na administração de recursos essenciais para a saúde. Assim, o renomado doutrinador Marçal Justen Filho define o Princípio, *in verbis*:

“O princípio da segregação de funções reflete a concepção da limitação do poder pelo próprio poder. Implica a vedação à concentração de atribuições em um único sujeito e a exigência do fracionamento do exercício de um poder decisório entre uma multiplicidade de agentes estatais. (Justen Filho, 2021, p. 128)”

“A segregação de funções é uma exigência inerente à governança pública das licitações e contratações administrativas. É necessário reconhecer que os riscos envolvidos nessas espécies de atuações exigem que os serviços estatais sejam organizados de modo a reduzir

práticas reprováveis, observando procedimentos norteados pela transparência e pela publicidade. A segregação de funções é uma *providência essencial à boa governança pública*. (Justen Filho, 2021, p. 129)¹⁰

Conclui-se, parcialmente, que a necessidade de regulamentação clara e estratégica do Instituto da Requisição Administrativa no Brasil foi amplamente evidenciada durante a pandemia de COVID-19. A ausência de diretrizes nacionais robustas e integradas expôs fragilidades no ordenamento jurídico, aumentando a judicialização, atrasando decisões críticas e comprometendo a eficácia na gestão de crises sanitárias.

Os fundamentos constitucionais (art. 5º, inciso XXV; art. 37, caput; art. 136, §1º, inciso II, entre outros) e infraconstitucionais (Lei nº 8.080/90, Lei nº 13.979/2020 e Lei nº 14.133/2021) estabelecem bases relevantes para o instituto, mas a falta de uniformidade regulatória causa instabilidade jurídica. As diretrizes estratégicas apresentadas neste capítulo destacam-se como essenciais para superar esses desafios.

Por fim, essas diretrizes reforçam o papel estratégico do Instituto Requisição Administrativa como ferramenta de resposta a emergências, evidenciando a urgência de um marco regulatório abrangente e a necessidade de práticas que priorizem a proporcionalidade, a eficiência e a proteção ao direito à vida. A regulamentação sólida é imprescindível para transformar um instrumento jurídico fragmentado em uma alavanca poderosa para enfrentar futuras crises sanitárias.

¹⁰ JUSTEN FILHO, Marçal. *Comentários à Lei de Licitações e Contratações Administrativas: Lei 14.133/2021*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021, p. 128 e 129.

6 CONCLUSÃO

O Instituto da Requisição Administrativa, analisado sob diversas perspectivas nesta monografia, mostrou-se uma ferramenta imprescindível em momentos de crise, como a pandemia de COVID-19. A análise do instituto em contextos nacionais e internacionais revelou potencialidades, limitações e a necessidade urgente de regulamentação específica e estratégica para atender às demandas de saúde pública em crises de magnitude global.

Nos países europeus, a aplicação do Instituto refletiu que mesmo com toda solidez de suas infraestruturas foi necessário a adaptabilidade de seus sistemas de saúde. Um exemplo é a Alemanha que se destacou por sua infraestrutura robusta e bem preparada, com um número expressivo de leitos de terapia intensiva e equipamentos médicos já disponíveis antes da pandemia; e mesmo com toda essa envergadura inicial, e que permitiu uma gestão mais eficiente, foi necessário a aplicação da Requisição para otimizar a utilização do setor público e privado de forma coordenada e efetiva.

Por outro lado, países como Itália e Espanha precisaram recorrer a medidas mais drásticas, transformando rapidamente espaços em hospitais temporários e requisitando instalações privadas para atender à demanda crescente. Esses casos mostraram que, mesmo em sistemas avançados, o Instituto foi utilizado como ferramenta de coordenação nacional, buscando garantir respostas eficazes diante de um inimigo comum invisível.

No Brasil, a pandemia revelou um cenário de grande desigualdade regional e carência estrutural do SUS. Em um esforço descrito como "de guerra", o país ampliou significativamente o número de leitos de UTI, com a criação de hospitais de campanha e a habilitação de novos leitos em redes públicas e privadas, chegando a ultrapassar o número de leitos per capita da Alemanha. Essa ampliação da rede assistencial, embora essencial para salvar vidas, foi marcada pela ausência de um marco regulatório específico para a Requisição Administrativa, o que gerou conflitos entre os entes federativos e uma judicialização que comprometeu a eficiência e a efetividade das ações.

O Art. 15, inciso XIII da Lei nº 8.080/90 e o Art. 3º, inciso VII da Lei nº 13.979/2020 foram centrais para a sustentação legal das medidas adotadas, permitindo a requisição de bens e serviços, em situações de calamidade pública, fossem efetivas e tempestivas na velocidade das curvas de contágio. No entanto, a falta de uma regulamentação clara entre a Constituição Federal e as legislações infraconstitucionais da saúde, como as destacadas acima, resultou em interpretações divergentes e decisões judiciais que comprometeram a eficácia dessas medidas.

O Supremo Tribunal Federal (STF) assumiu um papel intervencionista e, muitas vezes, contraditório. Em ações como as ADI 3454 e 6362, o tribunal ora reforçou o modelo de federalismo cooperativo, permitindo a autonomia dos entes subnacionais, ora limitou a capacidade de ação do governo federal ao vedar a requisição de bens públicos entre entes federativos. Essas decisões expuseram a insegurança jurídica da Requisição Administrativa que, em alguns casos, privilegiou a autonomia política em detrimento da eficiência e equidade na gestão da crise.

Essa abordagem é bem caracterizada na dicotomia das decisões entre as ADI 6625 e a 3454 e que gerou consequências que abala, s.m.j., o princípio supranacional, como a Dignidade da Pessoa Humana, e o Direito Supranacional à Vida, e os princípios constitucionais da saúde, como a universalidade e a igualdade. A decisão que favoreceu o Estado de São Paulo na disputa por insumos da vacina, em detrimento dos estados da Região Norte, ilustra como a ausência de um marco regulatório pode aprofundar desigualdades regionais e comprometer a resposta nacional a crises de saúde pública.

A regulamentação clara e estratégica do Instituto da Requisição Administrativa é essencial para evitar os conflitos e ineficiências observados durante a pandemia. Nesta monografia, cinco diretrizes foram identificadas e exemplificadas, na prática da Gestão de Crises, como centrais para esse objetivo: a **Criação de um Marco Regulatório Nacional**, que visa a unificar e padronizar os procedimentos administrativos para a requisição administrativa, definindo critérios objetivos que reduzam a subjetividade nas decisões e garantam maior segurança jurídica; a **Reunião Tripartite como Ferramenta Estratégica**, que objetiva institucionalizar as reuniões entre União, Estados e Municípios como instâncias obrigatórias de deliberação, especialmente em crises, para promover a coordenação e evitar litígios entre os entes federativos; as **Ações Estratégicas Concomitantes ao Processo Requisatório**, que buscam garantir que a aplicação do Instituto seja acompanhada de medidas administrativas com relevância prioritária no ordenamento jurídico, reforçando o uso proporcional e necessário da requisição administrativa como “*ultima ratio*”; a **Transparência**, que objetiva a aplicação do Instituto de forma clara e pública, assegurando a confiança da sociedade. Ferramentas como os Acordos de Cooperação Técnica com os órgãos de controle, como TCU e CGU, e fiscalizatórios da lei, como a PGR/MPF e CNMP, devem ser obrigatórias durante a Gestão da Crise; e o **Princípio da Segregação de Funções**, que visa a separação clara entre as funções de planejamento, execução e controle é essencial para evitar conflitos de interesse e aumentar a eficiência da gestão pública.

A pandemia de COVID-19 expôs as fragilidades estruturais do sistema de saúde brasileiro e evidenciou a necessidade de aprimorar o arcabouço jurídico que sustenta o Instituto da Requisição Administrativa. A experiência internacional mostrou que, mesmo em sistemas bem estruturados como o da Alemanha, as medidas requisitórias foram cruciais para salvar vidas. No Brasil, o esforço de guerra para ampliar leitos e garantir recursos foi essencial, mas a intervenção judiciária dificultou a logística nacional de saúde, gerando desigualdades regionais. Assim, a implantação de um marco normativo específico para gestão de crise na área da saúde torna-se imprescindível para garantir o Direito à Vida.

A interdependência público-privada na saúde, destacada ao longo da monografia, não é uma diretriz estratégica e sim uma realidade atual de toda infraestrutura no Sistema de Saúde Nacional, e que deve ser reconhecida e integrada na racionalidade dos juristas, visando a enraizar o verdadeiro papel do Instituto da Requisição Administrativa em Gestão de Crises. A criação de um Marco Regulatório Nacional, aliado às diretrizes estratégicas apresentadas, é indispensável para garantir que o Instituto seja utilizado de forma eficiente, equitativa e alinhada aos princípios constitucionais da universalidade, da igualdade e da dignidade da pessoa humana.

O Instituto Requisição Administrativa pode e deve ser aprimorado para se tornar uma ferramenta ainda mais eficaz na proteção da vida em crises de saúde pública, respondendo aos desafios do presente e às incertezas do futuro.

REFERÊNCIAS

World Health Organization (WHO). Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

OECD Health Statistics. Dados sobre infraestrutura hospitalar e sistemas de saúde nos países analisados. Disponível em: < <https://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>>. Acesso 14 out 2024.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Dados e análises sobre a pandemia de COVID-19 na Europa. Disponível em:< <https://www.ecdc.europa.eu/en>>. Acesso 15 out 2024.. .

Decreto-Legge n. 18/2020 (Cura Italia). Publicado no Gazzetta Ufficiale. Disponível em: < <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sq>>. Acesso 16 out 2024.

Decreto-Legge n. 34/2020 (Decreto Rilancio). Publicado no Gazzetta Ufficiale. Disponível em: < <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00051/sq>> Acesso 16 out 2024.

Dados epidemiológicos: informações obtidas do Istituto Superiore di Sanità (ISS). Disponível em: < <https://www.iss.it/>>. Acesso 16 out 2024.

Ministero della Salute (Ministério da Saúde da Itália). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <http://www.salute.gov.it/>>. Acesso 16 out 2024.

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.istat.it/>> Acesso 16 out 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta da Itália à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso 16 out 2024.

Real Decreto-ley 8/2020. Publicado no Boletín Oficial del Estado. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3824>>. Acesso 16 out 2024.

Real Decreto 463/2020. Publicado no Boletín Oficial del Estado. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>>. Acesso 17 out 2024.

Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponível em: < <https://www.ine.es/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

Ministerio de Sanidad (Ministério da Saúde da Espanha). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://www.mscbs.gob.es/>>. Acesso 16 out 2024..

Instituto Nacional de Estadística (INE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.ine.es/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta da Espanha à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 12 out. 2024.

Loi n° 2020-290 de 23 mars 2020. Publicada no Journal Officiel de la République Française. Disponível em: < <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Décret n° 2020-293 de 23 mars 2020. Publicado no Journal Officiel de la République Française, Disponível em: < <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746143>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Santé Publique France. Disponível em: < <https://www.santepubliquefrance.fr/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Ministère des Solidarités et de la Santé (Ministério da Solidariedade e Saúde da França). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://solidarites-sante.gouv.fr/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Dados estatísticos sobre a infraestrutura de saúde e impacto da COVID-19. Disponível em: < <https://www.insee.fr/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta da França à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 13 out. 2024.

Infektionsschutzgesetz (IfSG). Disponível em: < <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>>. Acesso em: 14 out. 2024.

Bundesnotbremse. Disponível em: < <https://www.bundesregierung.de/breg-en/news/federal-emergency-brake-1874992>>. Acesso em: 14 out. 2024.

Dados epidemiológicos: Informações obtidas do Robert Koch Institute. Disponível em< https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

Bundesministerium für Gesundheit (Ministério Federal da Saúde da Alemanha). Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>>. Acesso em: 14 out. 2024.

COVID-19 Health System Response Monitor – Germany. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hcrm/hcrm_países/alemanha/links-chave>. Acesso em: 14 out. 2024.

Robert Koch Institute (RKI). Dados e análises sobre a pandemia de COVID-19 na Alemanha. Disponível em: < https://www.rki.de/EN/Home/homepage_node.html>. Acesso em: 14 out. 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta da Alemanha à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 14 out. 2024.

Defense Production Act (DPA). Disponível em: < <https://www.fema.gov/disasters/defense-production-act>>. Acesso em: 15 out. 2024.

National Emergencies Act. Disponíveis em: <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2011-title50/html/USCODE-2011-title50-chap34.htm>>. Acesso em: 15 out. 2024.

Dados epidemiológicos. Informações obtidas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: < <https://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dados e orientações sobre a resposta à COVID-19 nos EUA. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/>>. Acesso 14 out 2024.

Department of Health and Human Services (HHS). Informações sobre a resposta do governo dos EUA à pandemia. Disponível em: < <https://www.hhs.gov/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta dos EUA à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

Coronavirus Act 2020. Disponível em: <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/contents/enacted>>. Acesso em: 16 out. 2024.

Health Protection (Coronavirus, Restrictions) Regulations 2020. Disponível em: <<https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/350/contents/made>>. Acesso em: 16 out. 2024.

Dados epidemiológicos: Informações obtidas do Public Health England (PHE). Disponível em: < <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>>. Acesso em: 16 out. 2024.

National Health Service (NHS). Informações e relatórios sobre a resposta à COVID-19. Disponível em: < <https://www.nhs.uk/>>. Acesso em: 16 out. 2024.

Public Health England (PHE). Dados e orientações sobre a pandemia de COVID-19. Disponíveis em: < <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>>. Acesso em: 16 out. 2024.

World Health Organization (WHO): Relatórios sobre a resposta do Reino Unido à COVID-19. Disponível em: < <https://www.who.int/>>. Acesso em: 16 out. 2024.

Ministério da Saúde do Brasil. Relatórios e atualizações sobre a resposta à COVID-19. Disponíveis em: < <https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/art_5_.asp>. Acesso em: 11 out. 2024.

World Health Organization (WHO). Relatórios sobre a resposta do Brasil à COVID-19. Disponível em: <<https://www.who.int/>>. Acesso em: 11 out. 2024.

Site do Supremo Tribunal Federal (STF). Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=decisooes&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=requisi%C3%A7%C3%A3o%20pandemia&sort=score&sortBy=desc>. Acesso em: 11 out. 2024.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3393 MC/MT, Rel. Min. Luís Roberto Barroso. Decisão de 27 de maio de 2020.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3398 MC/RO, Rel. Min. Luís Roberto Barroso. Decisão de 19 de junho de 2020.

Supremo Tribunal Federal, SS 5382 MC/PI, Rel. Min. Dias Toffoli. Decisão de .

Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2024.

Ministério da Saúde. Informações sobre o CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2024.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3463, Rel. Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp_sob_o_codigo_D22C-E05C-A2F7-79F3_e_senha_BCC3-6F8C-AEDF-AB21>. Acesso em: 11 out. 2024.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID 19 - 2020. Disponível em: <[2020_12_11_plano-de-vacinacao-covid19-revisado.pdf](#)> Acesso em: 11 out. 2024.

Ministério da Saúde. Plano de Ação da Assistência Farmacêutica na Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2024.

Supremo Tribunal Federal, SS 5554 / PE, Rel. Ministro Luiz Fux. Decisão de 28 de março de 2022.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3490 / DF, Rel. Ministra Rosa Weber. Decisão de 27 de abril de 2021.

Supremo Tribunal Federal, ACO 3463 MC / SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Decisão de 08 de janeiro de 2021.

Supremo Tribunal Federal, ADPF 756 / DF. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Decisão de 30 de março de 2021.

Ministério da Saúde. SAES/DRAC/DAHU/DATASUS. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>>. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 1990.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Atos normativos no enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 10 nov. 2024.

FERRAZ, Carolina de Campos. Requisição administrativa: limites e possibilidades. Revista de Direito Público, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 45-58, abr./jun. 2021.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Requisição administrativa: dos livros à realidade da administração pública**. Revista de Estudos Jurídicos, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan./mar. 2023.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Curso de Direito administrativo**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Método, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de emergência em saúde pública de importância internacional para a COVID-19**. Genebra: OMS, 2020.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 37.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à Lei de Licitações e Contratações Administrativas: Lei 14.133/2021**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da ADI nº 3454. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da ADI nº 6362. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da MS nº 25.295. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da ACO nº 3393. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da ACO nº 3398. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Decisão da SS nº 5382. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 nov. 2024.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Gabinete

OFÍCIO Nº 177/2021/SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 25 de fevereiro de 2021.

À Senhora

ANDRÉIA PAZZE

Empresa: **LEISTUNG**

CNPJ: 04.187.384/0001-54

E-mail: comercial1@leistungbrasil.com

Telefone: (47) 3371-2741/ 9267.

Assunto: Requisição Administrativa Imediata de ventiladores pulmonares a serem utilizados no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19.

Senhora Diretora,

1. Em razão do estado de emergência em saúde pública provocado pela epidemia do Coronavírus no Brasil e as consequências relacionadas ao segundo ciclo, esta Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) conclui, com fundamento nos planos de contingência apresentados pelos Estados e respectivas pactuações, pela necessidade de aquisição monitores multiparamétricos, objetivando a continuidade do processo de estruturação dos estabelecimentos hospitalares.
2. Conforme Inciso XXV, Art. 5º da Constituição Federal de 1988, combinado com o Inc. XIII, Art.15º da Lei nº 8080 de 1990, a autoridade competente da esfera administrativa poderá requisitar bens e serviços.
3. Na esteira do parágrafo anterior, estão alicerçando o ato administrativo com alinhamento sinérgico as seguintes normativas: a Lei nº 13.979, de 6/2/2020, a Portaria GM/MS nº 188, de 3/2/2020 e a Portaria GM/MS nº 268, de 12/02/2021.
4. Tendo em vista que não existem contratos de aquisição vigentes no momento, de acordo com informação da Coordenação-Geral de Aquisições de Insumos Estratégicos para Saúde do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde.
5. Por fim, visando suprir a urgência por leitos clínicos e de UTI para o atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, o Ministério da Saúde **requisita a disponibilização dos seguintes equipamentos:**

100 VENTILADORES PULMONARES, de acordo com as seguintes especificações:

- Ventilador mecânico microprocessado; com tela gráfica colorida; para uso em pacientes adultos e pediátricos; que permita suporte ventilatório invasivo e não invasivo com compensação de vazamento.

- Modos ventilatórios: volume controlado, pressão controlada, assistido/controlado (a/c), ventilação mandatória intermitente sincronizada (simv), ventilação espontânea (cpap), pressão de suporte, estratégia ventilatória que permita ventilações espontâneas em dois níveis de pressão distintos de forma sincronizada, estratégia ventilatória assistida/controlada que permita ventilar à pressão controlada com volume corrente alvo, estratégia ventilatória espontânea que permita ventilar à pressão com volume corrente alvo.
 - Deverá apresentar no mínimo os seguintes parâmetros ajustáveis através de botões e/ou teclas: volume corrente, frequência respiratória, pressão inspiratória, pressão de suporte, peep com capacidade de alcançar o valor de 45cmh₂O, tempo inspiratório, fluxo controlado com capacidade de alcançar o valor de 150lpm, fio2 com capacidade de ajustar valores entre 21% e 100%, sensibilidade expiratória com capacidade de alcançar o valor de 45% do fluxo inspiratório. Espontâneo, controle do tempo de subida (rise time), sensibilidade inspiratória (trigger) a fluxo de 0.2 a 9l/min e/ou a pressão de -0.5a -15cmh₂O.
 - Deverá possuir: pausa inspiratória e pausa expiratória, ventilação de apneia programável para os modos espontâneos, mecanismo misturador ar/oxigênio incorporado internamente ao ventilador, tela gráfica colorida com dimensão não inferior a 12 polegadas, sensor de fluxo permanente e incorporado internamente ao ventilador.
 - Monitorização dos seguintes parâmetros através de mostradores alfanuméricos: volume corrente expirado, volume minuto espontâneo, resistência estática, complacência estática, pressão máxima, pressão média, pressão de plateau, peep, frequência, relação i:e fio2, auto-peep, peep total, alarmes audiovisuais para as seguintes ocorrências: alta e baixa pressão de vias aéreas, alto e baixo volume corrente, alta frequência, apneia, fio2, ventilador inoperante, falha de energia, bateria baixa.
 - Bateria interna: recarregável com capacidade mínima para 30 minutos de funcionamento. Tensão elétrica de 110v/60hz, com comutação automática para bateria. Permitindo montagens em pedestal próprio, e em paredes.
 - O ventilador possui tela gráfica que permita a diferenciação de todas as fases do ciclo controlado e espontâneo; o ventilador deve possuir válvula expiratória que permita o controle automático de pressões indesejáveis que ocorrem devido à demanda espontânea do paciente durante os ciclos controlados; o ventilador deve possuir modo de espera (stand-by), o ventilador deve apresentar capacidade para atualização de deve possuir sistema de auto- diagnóstico que faça a compensação da complacência e a verificação de vazamento do circuito do paciente; como também, o diagnóstico técnico do equipamento.
 - Deve possuir indicador de horas de operação para controle da manutenção preventiva. O ventilador deve possuir recomendação formal para realização de manutenção preventiva em período não inferior a 5.000 horas; o ventilador deve possuir software de interface com o usuário no idioma português.
6. A indústria/empresa deverá disponibilizar todo quantitativo requisitado no Centro de Distribuição Logística do Ministério da Saúde, localizado próximo ao aeroporto de Guarulhos/SP, estrutura usada para armazenamento e distribuição de insumos estratégicos, **em até 24 horas a partir do recebimento desse Ofício.**
7. A requisição administrativa respeitará as contratualizações já realizadas dos equipamentos previamente contratados pelos entes federativos. A requisitada deverá comprovar em até 12 horas, após recebimento deste Ofício, os contratos preexistentes com os respectivos empenhos da despesa.
8. Toda logística de distribuição desde seu Centro de Distribuição até os estabelecimentos de saúde será de responsabilidade do Ministério da Saúde.
9. Solicito confirmação do recebimento do presente ofício pelo telefone (61) 3315-3534.

Atenciosamente,

LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE
Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Otavio Franco Duarte, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 01/03/2021, às 17:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019258224** e o código CRC **E44A11DA**.

Referência: Processo nº 25000.028157/2021-63

SEI nº 0019258224

Gabinete - GAB/SAES
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

MEDIDA CAUTELAR NA AÇÃO CÍVEL ORIGINÁRIA 3.463 SÃO PAULO

RELATOR : **MIN. RICARDO LEWANDOWSKI**
AUTOR(A/S)(ES) : **ESTADO DE SÃO PAULO**
PROC.(A/S)(ES) : **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO**
RÉU(É)(S) : **UNIÃO**
PROC.(A/S)(ES) : **ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO**

Trata-se de ação cível originária, com pedido de tutela liminar de urgência, ajuizada pelo Estado de São Paulo em face de ato de requisição administrativa instrumentalizada pela União Federal “sobre insumos adquiridos pelo Estado de São Paulo necessários à execução do Plano Estadual de Imunização, com ordem de cumprimento até as 12 horas de amanhã (08/01).” (pág. 1 da inicial)

O autor informa, em suma, que:

“6. A BECTON DICKINSON INDÚSTRIA CIRÚRGICA LTDA (‘BD Ltda’) foi uma das empresas com a qual o ESTADO DE SÃO PAULO firmou contratos - inclusive com aditamentos e todos eles com pagamentos já empenhados - de fornecimento de seringas e agulhas, a serem disponibilizadas ao ente estadual para utilização no seu programa de vacinação contra o novo coronavírus.

7. Sucede que o autor foi surpreendido com a informação de que a UNIÃO, através da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, por meio do Ofício 001/Req Adm (documento anexo), com fundamento no artigo 5º, XXV, da Constituição Federal, art. 15, XIII, da Lei 8.080/90 e na Lei n.º 13.979/2020, requisitou à BD Ltda todo o estoque de agulhas e seringas daquela empresa, que deverão ser disponibilizadas ao Ministério da Saúde até as 12 horas de amanhã (08/01/2021).

8. O fato em questão chegou ao conhecimento do ESTADO DE SÃO PAULO por meio de comunicação realizada pela BD Ltda na data de ontem (06/01/2021), na qual informa que não poderia cumprir o pactuado no contrato de fornecimento de

ACO 3463 MC / SP

agulhas e seringas firmado com o Estado autor, em razão da ordem de requisição expedida pela União, que inviabilizaria a disponibilização dos insumos adquiridos – e cujo pagamento já fora empenhado – pelo ente estadual.” (pág. 3 da inicial).

Para fundamentar seu pleito, aduz o seguinte:

“9. No entanto, manifestamente incabível que a UNIÃO se aproprie, mediante requisição administrativa, dos insumos adquiridos pelo ESTADO DE SÃO PAULO junto à BD Ltda., e que esta não cumpra, por tal motivo, os pactos de fornecimento dos materiais contratados e com pagamentos já empenhados pelo Estado autor.

10. Além de patente contrariedade à Constituição Federal, que não permite requisição administrativa de bens afetados à destinação pública, e que garante a todos os entes federativos a competência material de promover ações de proteção à saúde – com todos os meios a elas inerentes e necessários –, o ato da União também ofende diretamente diversas decisões desta E. Suprema Corte, que tem constantemente afirmado a competência concorrente dos Estados membros para o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, inclusive de programas de vacinação no âmbito de seus respectivos territórios.

11. Assim, com a finalidade de resguardar o direito à vida e à saúde da população, bem como o exercício legítimo de suas competências constitucionais, é que o ESTADO DE SÃO PAULO ajuíza a presente ação cível originária, com pedido de tutela de urgência, para impedir que a UNIÃO se aproprie, mediante requisição administrativa, de insumos adquiridos pelo autor e que são imprescindíveis para a concretização do plano estadual de vacinação.” (págs. 3-4 da inicial).

Afirma, ademais, que

“[...] a ordem de requisição dirigida à BD Ltda pelo

ACO 3463 MC / SP

Ministério da Saúde, por meio do Ofício 001/Req Adm da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, não pode abranger os materiais adquiridos – e com pagamentos já empenhados – pelo ESTADO DE SÃO PAULO, tendo em vista tratem-se de bens integrantes do domínio público estadual, insumos afetados ao plano estadual de imunização, serviço público essencial e urgente a ser prestado pelo Estado autor para salvaguarda da vida e saúde da população” (pág. 10 da inicial).

Destaca, ainda, que

“[...] a pretensão requisitória da UNIÃO, relativamente aos materiais destinados ao ESTADO DE SÃO PAULO, também encontra óbice na autonomia do ente estadual, que não pode ser embaraçado no exercício legítimo de suas competências constitucionais de promover ações de saúde relacionadas ao enfrentamento do novo coronavírus, missão – poder-dever – que já fora reiteradamente reconhecida e atribuída aos entes estaduais por esta E. Suprema Corte. (pág. 10 da inicial).

De modo a justificar o perigo na demora, o Estado de São Paulo assevera que o

“[...] plano de vacinação com previsão de início em 25/01/2020, pode ser afetada a esmerada execução do programa de imunização tal como já antecipadamente planejado pela Administração Estadual. O prejuízo será sentido por toda a população que aguarda ansiosamente o começo do programa de imunização em massa – já iniciado em diversos outros países – e que continua sofrendo com os efeitos catastróficos causados pela pandemia, cuja reversão somente será possível com a implementação e avanço dos programas de vacinação.

52. O *periculum in mora* se afigura ainda mais latente à vista da segunda onda de contaminação pelo novo coronavírus que já é sentida em todo o mundo e também no Brasil, que

ACO 3463 MC / SP

infelizmente pode voltar a recrudescer de maneira significativa não só o número de infectados e de mortos, mas também os efeitos econômicos negativos decorrentes da pandemia e que são de conhecimento geral. Urge, portanto, que seja garantido ao ESTADO DE SÃO PAULO o recebimento dos insumos que adquiriu para a execução do seu plano de imunização devidamente organizado e a ser iniciado ainda no presente mês, sendo necessário que se impeça qualquer tentativa de ente central se apropriar, por vias administrativas indiretas e inconstitucionais, dos materiais destinados ao Estado autor, por ele já comprados e com os pagamentos empenhados” (pág. 14 da inicial).

À vista de todo o exposto, requer

“1) concessão de tutela liminar de urgência, *inaudita altera parte*, para que a União, ao formalizar requisições administrativas relativamente a insumos para serem empregados na execução do plano nacional de imunização, seja impedida de incluir como sujeitos às requisições itens que sejam objeto de contratos de aquisição firmados pelo Estado autor e cujos pagamentos já foram empenhados, destinados que são à execução do plano estadual de imunização, ou, alternativamente, caso os materiais adquiridos pelo ESTADO DE SÃO PAULO já tenham sido entregues à UNIÃO, seja esta compelida a devolvê-los no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, sob pena de multa diária e busca e apreensão;

2) após a concessão da liminar, sejam as rés citadas para apresentar resposta ao pedido;

3) A integral procedência do pedido, tornando-se definitiva a prestação jurisdicional concedida liminarmente, para que a União seja impedida de, ao formalizar requisições administrativas relativamente a insumos para serem empregados na execução do plano nacional de imunização, incluir como sujeitos às requisições itens que sejam objeto de contratos de aquisição firmados pelo Estado autor e cujos

ACO 3463 MC / SP

pagamentos já foram empenhados, destinados que são à execução do plano estadual de imunização, ou, alternativamente e, caso os materiais adquiridos pelo ESTADO DE SÃO PAULO já tenham sido entregues à UNIÃO, seja esta compelida a devolvê-los no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, sob pena de multa diária e busca e apreensão;" (págs. 15-16 da inicial).

É o relatório necessário. Passo a decidir o pleito cautelar.

Inicialmente, registro que os presentes autos me foram distribuídos por prevenção (ADI 6.625/DF) às 22:29 do dia 7/1/2021, conforme certidão constante do documento eletrônico 6.

Bem examinados os autos, num exame ainda perfunctório, de mera delibação, próprio desta fase ainda embrionária da demanda, entendo que a liminar merece ser deferida.

O instituto da requisição administrativa possui fundamento nos arts. 5º, XXIII e XXV, e 170, III, da Constituição. Mais especificamente, "no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano" (art. 5º, XXV, da CF).

A esse respeito, leciona Maria Sylvia Zanella Di Pietro que:

"Em qualquer das modalidades, a requisição caracteriza-se por ser um instrumento unilateral e autoexecutório, pois independe da aquiescência do particular e da prévia intervenção do Poder Judiciário; e em regra oneroso, sendo a indenização *a posteriori*"¹

1 DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 29.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p.176, grifei.

ACO 3463 MC / SP

Com efeito, ao analisar a ADI 6.362/DF, de minha relatoria, o Plenário do Supremo Tribunal Federal assentou que todos os entes federativos podem lançar mão do instrumento, de modo que “tais requisições independem do prévio consentimento do Ministério da Saúde, sob pena de invasão, pela União, das competências comuns atribuídas aos Estados, Distrito Federal e Municípios, os quais, todavia, **precisam levar em consideração evidências científicas e análises sobre as informações estratégicas antes de efetivá-las**”.

Ocorre que, nos termos da histórica jurisprudência desta Suprema Corte, **a requisição administrativa não pode se voltar contra bem ou serviço de outro ente federativo**, de maneira a que haja indevida interferência na autonomia de um sobre outro. Nos autos do MS 25.295/DF, Rel. Min. Joaquim Barbosa, o Plenário do STF concedeu a ordem requerida pelo Município do Rio de Janeiro, considerando **incabível a interferência da União sobre hospitais municipais**, em decisão que recebeu a seguinte ementa:

“CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. UNIÃO FEDERAL. DECRETAÇÃO DE ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. REQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS MUNICIPAIS. DECRETO 5.392/2005 DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA. MANDADO DE SEGURANÇA DEFERIDO.

Mandado de segurança, impetrado pelo município, em que se impugna o art. 2º, V e VI (requisição dos hospitais municipais Souza Aguiar e Miguel Couto) e § 1º e § 2º (delegação ao ministro de Estado da Saúde da competência para requisição de outros serviços de saúde e recursos financeiros afetos à gestão de serviços e ações relacionados aos hospitais requisitados) do Decreto 5.392/2005, do presidente da República.

Ordem deferida, por unanimidade.

Fundamentos predominantes: (i) **a requisição de bens e**

ACO 3463 MC / SP

serviços do município do Rio de Janeiro, já afetados à prestação de serviços de saúde, não tem amparo no inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990, a despeito da invocação desse dispositivo no ato atacado; (ii) nesse sentido, as determinações impugnadas do decreto presidencial configuram-se efetiva intervenção da União no município, vedada pela Constituição; (iii) inadmissibilidade da requisição de bens municipais pela União em situação de normalidade institucional, sem a decretação de Estado de Defesa ou Estado de Sítio.

Suscitada também a ofensa à autonomia municipal e ao pacto federativo.

Ressalva do ministro presidente e do relator quanto à admissibilidade, em tese, da requisição, pela União, de bens e serviços municipais para o atendimento a situações de comprovada calamidade e perigo públicos.

Ressalvas do relator quanto ao fundamento do deferimento da ordem: (i) ato sem expressa motivação e fixação de prazo para as medidas adotadas pelo governo federal; (ii) reajuste, nesse último ponto, do voto do relator, que inicialmente indicava a possibilidade de saneamento excepcional do vício, em consideração à gravidade dos fatos demonstrados relativos ao estado da prestação de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro e das controvérsias entre União e município sobre o cumprimento de convênios de municipalização de hospitais federais; (iii) nulidade do § 1º do art. 2º do decreto atacado, por inconstitucionalidade da delegação, pelo presidente da República ao ministro da Saúde, das atribuições ali fixadas; (iv) nulidade do § 2º do art. 2º do decreto impugnado, por ofensa à autonomia municipal e em virtude da impossibilidade de delegação” (grifei).

Mas não só. Recentemente, no contexto da atual pandemia desencadeada pelo novo coronavírus - que, na data de ontem, alcançou a triste e terrível marca de 200 mil mortos apenas no Brasil -, o STF, referendando a cautelar deferida pelo Ministro Roberto Barroso, nos

ACO 3463 MC / SP

autos da ACO 3.393-MC-Ref/MT, **suspendeu ato “por meio do qual a União requisitou cinquenta ventiladores pulmonares adquiridos junto a empresa privada”** (grifei), em acórdão assim ementado:

“Direito Administrativo. Ação cível originária. Requisição administrativa. Ventiladores pulmonares. Covid-19.

1. Ação cível originária em que Estado-membro pretende: (i) **a invalidação de ato por meio do qual a União requisitou cinquenta ventiladores pulmonares adquiridos junto a empresa privada; e (ii) que esses equipamentos lhe sejam entregues.**

2. Plausibilidade jurídica da tese. **A interpretação dos atos administrativos editados pela União revela que foram excluídos da requisição inicial os ventiladores pulmonares destinados aos Estados-membros, ao Distrito Federal e aos Municípios.**

3. Perigo na demora. O alto potencial de contágio do vírus causador da Covid-19 tem levado ao rápido crescimento do número de pessoas que necessitam de internação em UTI e suporte de ventilação mecânica.

4. Tutela de urgência deferida, para **suspender a eficácia do ato de requisição com relação aos bens demandados pelo Estado do Mato Grosso**” (grifei).

Sob as mesmas circunstâncias, o Ministro Celso de Mello deferiu a cautelar requerida na ACO 3.385/MA, para determinar a entrega ao Estado do Maranhão de ventiladores pulmonares previamente adquiridos por meio de contrato administrativos, pelos seguintes fundamentos:

“[...] **os bens integrantes do patrimônio público estadual e municipal acham-se excluídos, porque a ele imunes, do alcance desse extraordinário poder que a Lei Fundamental, tratando-se, unicamente, ‘de propriedade particular’, outorgou à União Federal (art. 5º, XXV), ressalvadas as situações que,**

ACO 3463 MC / SP

fundadas no estado de defesa (CF, art. 136, § 1º, II) e *no estado de sítio* (CF, art. 139, VII), outorgam, ao Presidente da República, os denominados '*poderes de crise*', cujo exercício está sujeito à rígida observância, pelo Chefe do Executivo da União, dos limites formais e materiais definidos pelo modelo jurídico que regula, em nosso ordenamento positivo, o sistema constitucional de crises ou de legalidade extraordinária [...]

[...]

É por todas essas razões que MANOEL GONÇALVES FERREIRA FILHO ('Comentários à Constituição Brasileira de 1988', vol. 3/60-61, 1994, Saraiva), ao versar o tema pertinente às medidas extraordinárias autorizadas pelo estado de defesa (situação de todo inócua, na espécie), observa, quanto ao alcance do poder de requisição federal, que tal instituto poderá incidir sobre 'bens e serviços, inclusive públicos', podendo estender-se, em consequência, vigente esse mecanismo constitucional de defesa do Estado, até mesmo, a 'bens ou serviços municipais ou estaduais' (grifei).

Vê-se, desse modo, que **não se revelava lícito à União Federal, porque ainda não instaurado qualquer dos sistemas constitucionais de crise (estado de defesa e/ou estado de sítio), e analisada a questão sob uma perspectiva de ordem estritamente constitucional, promover a requisição de bens pertencentes ao Estado do Maranhão**, que se insurge, por isso mesmo, contra o ato, emanado do Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde, que requisitou à empresa Intermed Equipamento Médico Hospitalar Ltda., ora litisconsorte passiva, 'a totalidade dos bens já produzidos e disponíveis a pronta entrega, bem como a totalidade dos bens cuja produção se encerre nos próximos 180 dias', não obstante mencionado ato requisitório tenha sido praticado em data posterior à aquisição, pelo Estado autor, dos ventiladores pulmonares objeto da presente ação ordinária.

Posta a questão nesses termos, mostra-se necessário ressaltar, no entanto, considerados os aspectos subjacentes à controvérsia em exame, que se apresenta ainda sem resposta

ACO 3463 MC / SP

definitiva, neste juízo de sumária cognição, a questão pertinente à titularidade dominial sobre os aparelhos objeto desta demanda (Contrato nº 67/2020-SES/MA): se do Estado do Maranhão ou da sociedade empresária ré, em razão do que prescreve o art. 237, 'caput', do Código Civil, que assim dispõe:

'Até a tradição pertence ao devedor a coisa, com os seus melhoramentos e acrescidos, pelos quais poderá exigir aumento no preço; se o credor não anuir, poderá o devedor resolver a obrigação.' (grifei)''

Na espécie, ao menos nesse exame preliminar, os fundamentos de fato e de direito dos precedentes supratranscritos seriam aplicáveis ao caso dos autos, sobretudo quando é levado em consideração que **os produtos requisitados já foram objeto de contratação e empenho pelo Estado de São Paulo, visando, justamente, o uso nas ações de imunização contra a COVID-19 a serem empreendidas por aquele ente federativo**, haja vista que a competência da União, por meio do Ministério da Saúde, de “coordenar o PNI e definir as vacinas integrantes do calendário nacional de imunizações, **tal atribuição não exclui a competência dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para adaptá-los às peculiaridades locais, no típico exercício da competência comum de que dispõem para ‘cuidar da saúde e assistência pública’** (art. 23, II, da CF)” (ADPF 770/DF, de minha relatoria).

Observo, ademais, que **a incúria do Governo Federal não pode penalizar a diligência da Administração do Estado de São Paulo**, a qual vem se preparando, de longa data, com o devido zelo para enfrentar a atual crise sanitária.

Nesse sentido, considerado o arcabouço jurisprudencial acima descrito, e tendo em conta a configuração do *periculum in mora* apontado, já que “a União concedeu o prazo até as 12 horas de amanhã (08/12/2020) para que a BD Ltda disponibilize o estoque total de agulhas e seringas ao Ministério da Saúde” (pág. 14-15 da inicial), entendo que merece acolhida

ACO 3463 MC / SP

a pretensão agasalhada na inicial no sentido de determinar à União que não leve a efeito as requisições administrativas sobre os “itens que sejam objeto de contratos de aquisição firmados pelo Estado autor e cujos pagamentos já foram empenhados, destinados que são à execução do plano estadual de imunização” (pág. 15 da inicial).

Isso posto, com fundamento nas razões acima expendidas, **defiro a cautelar, ad referendum** do Plenário do Supremo Tribunal Federal, **para impedir que a União requisite insumos contratados pelo Estado de São Paulo, cujos pagamentos já foram empenhados, destinados à execução do plano estadual de imunização. Por sua vez, caso os materiais adquiridos pelo autor da presente demanda já tenham sido entregues, a União deverá devolvê-los, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, sob pena de multa diária de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).**

Comunique-se com urgência.

Cite-se a União.

Publique-se.

Brasília, 8 de janeiro de 2021.

Ministro Ricardo Lewandowski

Relator



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

Brasília, 31 de dezembro de 2020.

Ofício 003/Req Adm

À Senhora

Ana Patrícia Saldanha Rodrigues Silva

Empresa: Saldanha Rodrigues Ltda.

E-mail: logistica_filial@seringasr.com.br

Telefone: (67) 3433-6673 - (92) 2125-6000

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Assunto: requisição administrativa imediata de insumos a serem utilizados no Plano de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a COVID-19.

Senhora Diretora,

Conforme Inciso XXV, Art. 5º da Constituição Federal de 1988, combinado com o Inc. XIII, Art.15º da Lei nº 8080 de 1990, a autoridade competente da esfera administrativa poderá requisitar bens e serviços.

Na esteira do parágrafo anterior, estão alicerçando o ato administrativo com alinhamento sinérgico as seguintes normativas: a Lei nº 13.979 de 6/2/2020, a Portaria GM/MS nº 188 de 3/2/2020 e a Portaria GM/MS nº 1.950 de 4/8/2020.

O Programa Nacional de Imunização tem como objetivo contribuir na prevenção e no controle de doenças imunopreveníveis de relevância epidemiológica no País. Programa, por meio de ações planejadas e sistematizadas, é responsável por definir toda política de vacinação do País, desde a aquisição dos imunobiológicos até a sua disponibilização nas salas de vacinação do Brasil, passando pelo estabelecimento de normas e diretrizes sobre as indicações e recomendações para utilização das vacinas, firmadas nos calendários de vacinação, assim como os grupos prioritários e as estratégias a serem adotadas para a operacionalização das ações de vacinação, conforme Lei 6.259/1975.

Neste sentido, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações vem acompanhando os estudos, principalmente no que tange às vacinas, e elaborou um Plano de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a COVID-19, com vistas a antecipar o planejamento e, conseqüentemente, a execução das atividades necessárias, quando da incorporação da vacina, considerando diferentes cenários a serem definidos, visando suprir a urgência de se dispor de medidas de prevenção e controle eficazes.

O MS firmou acordo para a aquisição de 210,4 milhões de doses da fabricante Astra Zeneca e 42,5 milhões de doses com a Covax Facility. Considerando os memorandos de entendimento firmados com outros fabricantes (Instituto Butantã, Moderna, Pfizer e Jansen), caso a intenção de aquisição seja celebrada, o MS disporá de mais de 350 milhões de doses.

Por fim, cientes do impacto desta pandemia. O Ministério da Saúde **requisita a disponibilização de todo estoque dos seguintes insumos:**

3.500.000 unidades de agulhas hipodérmicas, aço inoxidável siliconizado, 22 g x 1",bisel curto trifacetado, conector luer lock em plástico, protetor plástico, estéril, descartável, embalagem individual;

4.450.000 unidades de agulhas hipodérmicas, aço inoxidável siliconizado, 23 g x 1",bisel curto trifacetado, conector luer lock em plástico, protetor plástico, estéril, descartável, embalagem individual;

2.450.000 unidades de agulhas hipodérmicas, aço inoxidável siliconizado, 24 g x3/4", bisel curto trifacetado, conector luer lock em plástico, protetor plástico, estéril, descartável, embalagem individual; e

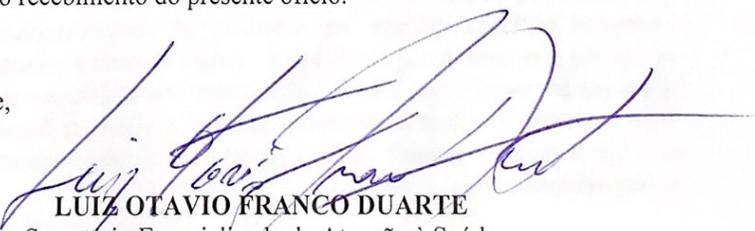
10.500.000 unidades de seringas; material: polipropileno, capacidade: 3 ml, tipo:bico: bico central luer lock, tipo vedação: êmbolo de borracha, adicional: graduada, numerada, esterilidade: estéril, descartável, apresentação: embalagem individual.

A indústria/empresa deverá disponibilizar todo quantitativo requisitado na área de expedição de seus depósitos **até 12:00 h do dia 08/01/2021**. A indústria que não atender a totalidade da requisição, deverá dispor na sua respectiva área de expedição da quantidade disponível de todo estoque. Ressalta-se que toda a quantidade descrita acima estará sendo acompanhada pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA. Tal requisição visa a salvar vidas, bem maior do ordenamento mundial.

Toda logística de distribuição desde a área de expedição da indústria/empresa até o estabelecimento de saúde será de responsabilidade deste Ministério.

Solicito confirmação do recebimento do presente ofício.

Atenciosamente,


LUIZ OTAVIO FRANCO DUARTE
Secretário Especializada de Atenção à Saúde



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Coordenação-Geral do Gabinete do Ministro
Divisão de Atos e Publicações Oficiais

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

Acordo de Cooperação Técnica/ Ministério da Saúde nº 7/2020

ACORDO DE COOPERAÇÃO
TÉCNICA QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MINISTÉRIO DA
SAÚDE E O MINISTÉRIO PÚBLICO
FEDERAL PARA OS FINS QUE
ESPECIFICA.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 5º andar, Brasília/DF, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.544/0001-85, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, EDUARDO PAZUELLO, residente e domiciliado em Brasília/DF, e o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, com sede no Setor de Administração Federal Sul - SAFS, Quadra 4, Conjunto C, Brasília/DF, inscrito no CNPJ sob o nº 26.989.715/0054-14, doravante denominado MPF, neste ato representado pelo Procurador-Geral da República, ANTÔNIO AUGUSTO BRANDÃO DE ARAS, residente e domiciliado em Brasília/DF,

RESOLVEM celebrar o presente ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, tendo em vista o que consta dos Processos n. 25000.143062/2020-98 e em observância às disposições da Lei nº 8666/1993 e suas alterações, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA — DO OBJETO

O objeto do presente Acordo de Cooperação Técnica refere-se à implantação de ações destinadas ao aprimoramento das políticas públicas de saúde, por meio da interlocução contínua entre as instituições signatárias, conforme especificações estabelecidas no plano de trabalho, que é fundamentado na materialidade, na relevância social e estratégica para o SUS e na necessidade de aprimoramento dos programas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PLANO DE TRABALHO

Para o alcance do objeto pactuado, os partícipes apresentam o Plano de Trabalho contido no Anexo I, que, independentemente de transcrição, passará a ser parte integrante e indissociável do presente Acordo de Cooperação, bem como toda documentação técnica dele resultante, cujos dados nele contidos acatam os partícipes. Os ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o Plano de Trabalho, desde que submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente, e desde que não impliquem em alteração do objeto ou da vigência do presente acordo de cooperação técnica.

Subcláusula única. Ao longo da execução do presente instrumento, serão elaborados Planos de Ação que detalharão os trabalhos, cronogramas e atividades referentes aos eixos definidos no Item 2 do Plano de Trabalho, Anexo I deste Acordo de Cooperação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES COMUNS

Constituem obrigações comuns das partes signatárias:

- a) elaborar eventuais ajustes do Plano de Trabalho, bem como os Planos de Ação relativos aos objetivos deste Acordo;
- b) executar as ações objeto deste Acordo, assim como monitorar os resultados;
- c) designar representantes institucionais incumbidos de coordenar a execução deste Acordo;
- d) responsabilizar-se por quaisquer danos porventura causados, dolosa ou culposamente, por seus colaboradores, servidores ou prepostos, ao patrimônio da outra parte, quando da execução deste Acordo;
- e) analisar resultados parciais, reformulando metas quando necessário ao atingimento do resultado final;
- f) cumprir as atribuições próprias conforme definido no instrumento;
- g) disponibilizar recursos humanos, tecnológicos e materiais para executar as ações, mediante custeio próprio;
- h) permitir o livre acesso a agentes da administração pública (controle interno e controle externo) a todos os documentos relacionados ao Acordo, assim como aos elementos de sua execução;
- i) fornecer ao parceiro as informações necessárias e disponíveis para o cumprimento das obrigações acordadas;
- j) manter sigilo das informações sensíveis (conforme classificação da Lei nº 12.527/2011- Lei de Acesso à Informação - LAI) obtidas em razão da execução do Acordo, somente divulgando-as se houver expressa autorização dos partícipes; e
- k) obedecer às restrições legais relativas à propriedade intelectual, se for o caso.

CLÁUSULA QUARTA – DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES

A cessão de informações sigilosas ou pessoais de registros

administrativos do Ministério da Saúde deverá ser feita em observância às restrições e procedimentos dispostos na legislação.

CLÁUSULA QUINTA — DAS ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Constituem atribuições do Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos e entidades que integram a sua estrutura:

- a) fornecer, em tempo oportuno, informações ou documentos requisitados pelo MPF;
- b) disponibilizar o acesso aos dados e aos sistemas de informações relacionados às políticas públicas de saúde, incluindo os sistemas administrativos do Ministério da Saúde relacionados à execução da política;
- c) fornecer ao MPF as informações de que tenha conhecimento quando constatado indício de fraude que diga respeito ao escopo do presente Acordo, encaminhando os documentos pertinentes, caso existam.

CLÁUSULA SEXTA — DAS ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF

Constituem atribuições do MPF, por intermédio das unidades que integram a sua estrutura e atuam na execução do presente Acordo:

- a) solicitar ao Ministério da Saúde as informações ou documentos necessários ao acompanhamento das ações relacionadas ao objeto do presente Acordo;
- b) apresentar ao Ministério da Saúde a consolidação das demandas formuladas no âmbito do Ministério Público Federal, como forma de otimizar os recursos e incrementar a eficiência das políticas públicas;
- c) apoiar, com a disponibilização de informações, as ações que visem à reestruturação de processos de trabalho e de políticas públicas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde;
- d) apresentar ao Ministério da Saúde demandas de formação continuada dos ramos e unidades do Ministério Público Federal, com vistas a majorar a especialização e a solução não judicial de demandas em saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO GERENCIAMENTO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

No prazo de 10 dias, a contar da celebração do presente Acordo, cada partícipe designará formalmente, mediante portaria, servidores e agentes públicos envolvidos e responsáveis para gerenciar a parceria; zelar por seu fiel cumprimento; coordenar, organizar, articular, acompanhar, monitorar e supervisionar as ações que serão tomadas para o cumprimento do ajuste.

Subcláusula primeira. Competirá aos designados a comunicação com o outro partícipe, bem como transmitir e receber solicitações; marcar reuniões,

devendo todas as comunicações serem documentadas.

Subcláusula segunda. Sempre que o indicado não puder continuar a desempenhar a incumbência, este deverá ser substituído. A comunicação deverá ser feita ao outro partícipe, no prazo de até 05 dias da ocorrência do evento, seguida da identificação do substituto.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E PATRIMONIAIS

Não haverá transferência voluntária de recursos financeiros entre os partícipes para a execução do presente Acordo de Cooperação Técnica. As despesas necessárias à plena consecução do objeto acordado, tais como: pessoal, deslocamentos, comunicação entre os órgãos e outras que se fizerem necessárias, correrão por conta das dotações específicas constantes nos orçamentos dos partícipes. Os serviços decorrentes do presente Acordo serão prestados em regime de cooperação mútua, não cabendo aos partícipes quaisquer remunerações por estes serviços.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos utilizados por quaisquer dos partícipes, em decorrência das atividades inerentes ao presente Acordo, não sofrerão alteração na sua vinculação nem acarretarão quaisquer ônus ao outro partícipe. As atividades não implicarão cessão de servidores, que poderão ser designados apenas para o desempenho de ação específica prevista no acordo e por prazo determinado.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Acordo de Cooperação vigorará até 31 de dezembro de 2021, podendo ser prorrogado, mediante a celebração de aditivo, desde que a vigência não ultrapasse sessenta meses.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

O presente Acordo poderá ser alterado, no todo ou em parte, mediante termo aditivo, desde que mantido o seu objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ENCERRAMENTO

O presente Acordo será extinto:

- a) por advento do termo final, sem que os partícipes tenham até então firmado aditivo para renová-lo;
- b) por denúncia de qualquer dos partícipes, se não tiver mais interesse na manutenção da parceria, notificando o parceiro com antecedência mínima de 30 dias;
- c) por consenso dos partícipes antes do advento do termo final de vigência, devendo ser devidamente formalizado; e
- d) por rescisão.

Subcláusula primeira. Havendo a extinção do ajuste, cada um dos partícipes fica responsável pelo cumprimento das obrigações assumidas até a data do encerramento.

Subcláusula segunda. Se na data da extinção não houver sido alcançado o resultado, as partes entabularão acordo para cumprimento, se possível, de meta ou etapa que possa ter continuidade posteriormente, ainda que de forma unilateral por um dos partícipes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

O presente instrumento poderá ser rescindido justificadamente, a qualquer tempo, por qualquer um dos partícipes, mediante comunicação formal, com aviso prévio de, no mínimo, 30 dias, nas seguintes situações:

- a) quando houver o descumprimento de obrigação por um dos partícipes que inviabilize o alcance do resultado do Acordo de Cooperação; e
- b) na ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovado, impeditivo da execução do objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

O Ministério da Saúde deverá publicar extrato do Acordo de Cooperação Técnica na imprensa oficial, conforme disciplinado no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/1993.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA AFERIÇÃO DE RESULTADOS

Os partícipes deverão aferir os benefícios e alcance do interesse público obtidos em decorrência do ajuste, mediante a elaboração de relatório conjunto de execução de atividades relativas à parceria, discriminando as ações empreendidas e os objetivos alcançados, no prazo de até 90 dias após o encerramento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS CASOS OMISSOS

As situações não previstas no presente instrumento serão solucionadas de comum acordo entre os partícipes, cujo direcionamento deve visar à execução integral do objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA CONCILIAÇÃO E DO FORO

As controvérsias decorrentes da execução do presente Acordo de Cooperação Técnica que não puderem ser solucionadas diretamente por mútuo acordo entre os partícipes deverão ser encaminhadas ao órgão de consultoria e assessoramento jurídico do órgão ou entidade pública federal, sob a coordenação e supervisão da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal – CCAF, órgão da Advocacia-Geral da União, para prévia tentativa de conciliação e solução administrativa de dúvidas de natureza eminentemente jurídica relacionadas à execução da parceria.

Subcláusula única. As questões que não puderem ser dirimidas administrativamente serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Brasília, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, salvo nos casos previstos no art. 102, inciso I, alínea "d", da Constituição Federal.

E, por assim estarem plenamente de acordo, os partícipes obrigam-se ao total cumprimento dos termos do presente instrumento, o qual lido e achado conforme, foi assinado pelos representantes dos partícipes, para que produza seus legais efeitos, em Juízo ou fora dele.

Brasília, 15 de outubro de 2020.

EDUARDO PAZUELLO
Ministro de Estado da Saúde

ANTÔNIO AUGUSTO BRANDÃO DE
ARAS
Procurador-Geral da República

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS

PARTICIPE 1: MINISTÉRIO DA SAÚDE

CNPJ: 00.394.544/0001-85

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 5º andar, Brasília/DF

CEP: 70.058-900

DDD/Fone: (061) 3315-2580/33152393

Esfera Administrativa Federal

Nome do responsável: EDUARDO PAZUELLO

Cargo/função: Ministro de Estado da Saúde

PARTICIPE 2: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

CNPJ: 26.989.715/0054-14

Endereço: Setor de Administração Federal Sul - SAFS, Quadra 4, Conjunto C, Brasília/DF

CEP: 70.050-900

DDD/Fone: (61) 3105-5100

Nome do responsável: ANTÔNIO AUGUSTO BRANDÃO DE ARAS

Cargo/função: Procurador-Geral da República

2. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Processo nº: 25000.143062/2020-98

Título: Execução de ações destinadas ao aprimoramento das políticas públicas de saúde, por meio da interlocução contínua entre as instituições signatárias.

Data da assinatura: 15/10/2020

Data de Início: Outubro/2020

Data de Término: Dezembro/2021

A execução do objeto previsto no presente Acordo de Cooperação Técnica é fundamentada na materialidade, na relevância social e estratégica para o SUS e na necessidade de aprimoramento dos programas, com foco nos seguintes temas:

1. Política Nacional de Combate ao Câncer;
2. Programa de Atenção aos Portadores de Coagulopatias.

3. ABRANGÊNCIA

O trabalho tem abrangência em todo o território nacional, envolvendo a União, estados Distrito Federal e municípios, como partes integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

4. JUSTIFICATIVA

A saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme determina a Constituição da República Federativa do Brasil. O Estado deve promover políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta importante premissa constitucional deve ser garantida pelos diversos órgãos de governo e de controle, bem como pela participação da sociedade, de forma articulada e complementar. Deste modo, o presente Acordo de Cooperação Técnica viabilizará o apoio mútuo e a troca de informações na busca o aprimoramento das práticas, ações programas de aperfeiçoamento do SUS.

Ressalta-se que todos os partícipes já realizam suas atividades precípuas tendo como foco as políticas públicas de saúde, tornando evidente haver interesses recíprocos: integridade, transparência e o combate aos desvios de conduta e corrupção nas ações dos agentes públicos na área da saúde.

A união de esforços entre os partícipes possibilitará o incremento na transparência e o aprimoramento das políticas públicas e aplicação dos recursos federais no setor saúde, o que resultará no melhor atendimento das necessidades de saúde da população.

5. OBJETIVOS

Alinhar estratégias e encontrar soluções que tenham o potencial de impactar positivamente nas ações de saúde, por meio do aprimoramento de políticas públicas e da melhoria da aplicação dos recursos federais da saúde, garantindo a maior transparência das ações relacionadas à saúde.

6. METODOLOGIA DE TRABALHO

1. Para cada tema a ser avaliado será elaborado um plano de ação, no qual serão definidas as atribuições, os prazos e os produtos específicos.
2. Para cada tema, serão formalmente designados, em cada órgão participante, servidores responsáveis pela elaboração e a execução do Plano de Ação.
3. Os partícipes, sob sua responsabilidade, poderão consultar profissionais especializados para auxiliar nas avaliações técnicas necessárias à análise de determinado tema, devendo ser garantido o sigilo.
4. As informações e dados solicitados pelo MPF para a execução do trabalho serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde através de requerimento dirigido aos gerentes do acordo.
5. O grupo responsável por instruir a análise de determinado tema, em conjunto com o Ministério da Saúde, apresentará o resultado por meio de relatório específico a ser apresentado aos demais participantes.
6. As decisões serão tomadas em reuniões que serão realizadas presencialmente ou por meio de videoconferência, lavrando-se a respectiva ata com o resumo dos assuntos debatidos e decididos.
7. As informações produzidas no âmbito deste Acordo subsidiarão as decisões a serem tomadas pelo Ministério da Saúde.

7. UNIDADE RESPONSÁVEL e GESTOR DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

8. RESULTADOS ESPERADOS

Com o trabalho em questão, são esperados os seguintes resultados:

1. Aprimorar as políticas públicas e a prestação de serviços de saúde à sociedade;
2. Ampliar a transparência dos dados e informações em saúde para toda a sociedade;
3. Aprimorar a qualidade do gasto em saúde;
4. Monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados de políticas públicas de saúde;
5. Aprimorar o processo decisório orientado por evidências.
6. Fortalecer o relacionamento entre o Ministério da Saúde e o MPF, como forma de construção eficaz e resolutiva de soluções para o SUS.

9. PLANO DE AÇÃO

Item	Tema	Objeto

1	Política Nacional de Combate ao Câncer	Elaborar proposta de aprimoramento da Política Nacional de Combate ao Câncer com vistas a ampliar o acesso da população a procedimentos de oncologia
2	Programa de Atenção aos Portadores de Coagulopatias	Fortalecer o sistema de regulação em saúde



Documento assinado eletronicamente por **ANTONIO AUGUSTO BRANDÃO DE ARAS, Usuário Externo**, em 15/10/2020, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pazuello, Ministro de Estado da Saúde**, em 15/10/2020, às 18:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0017172184** e o código CRC **9595F319**.

Referência: Processo nº 25000.143062/2020-98

SEI nº 0017172184

Divisão de Atos e Publicações Oficiais - DAPO
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br