

O FEDERALISMO COOPERATIVO E À SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS DESAFIOS DA AUTONOMIA LOCAL BRASILEIRA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Ricardo Hermany¹

Betieli da Rosa Sauzem Machado²

Resumo: O artigo centra-se em examinar o federalismo cooperativo e gestão da saúde pública brasileira no âmbito local em tempos de Pandemia Covid – 19. O problema da pesquisa evidencia-se no seguinte questionamento: diante do atual modelo de sistema federativo brasileiro, quais são os desafios da cooperação na gestão do Sistema Único de Saúde e como a autonomia local influencia na viabilização do direito à saúde nos municípios em tempos de pandemia Covid – 19? Visando responder o problema da pesquisa, utiliza-se o método de abordagem dedutivo e de procedimento histórico, bem como a técnica de pesquisa bibliográfica. Dividindo-se a investigação em três momentos, sendo que no primeiro aborda-se o federalismo, sua definição e origem na ordem internacional. Além disso, verifica-se a evolução do federalismo brasileiro ao longo das Constituições, com ênfase no federalismo cooperativo a partir da Constituição

¹* Pós-Doutor na Universidade de Lisboa (2011); Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003) e Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (2003); Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (1999); Professor da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Direito- Mestrado/Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC; Coordenador do grupo de estudos Gestão Local e Políticas Públicas – UNISC.

²** Mestre em Direitos Sociais e Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (2020), com bolsa PROSUC/CAPES, modalidade II. Pós-Graduada em Direito Processual Público pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2020). Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2016). Advogada.

de 1988. No segundo, analisa-se a autonomia local e o financiamento das políticas públicas sociais. Por fim, no terceiro, verifica-se o Sistema Único de Saúde (SUS), as competências federativas e o município na gestão da saúde pública. O estudo se justifica pela sua relevância, por ser voltado na análise da saúde pública brasileira em âmbito local. Conclui-se que diante do modelo de federalismo brasileiro, os desafios enfrentados pelos entes são relacionados a cooperação em uma gestão descentralizada como o SUS, pois ao mesmo tempo que descentraliza também traz dificuldades pelo conflito positivo de competências, assim como os municípios conseguirão concretizar de melhor forma o direito à saúde se a autonomia financeira for fortalecida.

Palavras-Chave: Autonomia local. Direito à saúde. Federalismo brasileiro. Pandemia COVID – 19. Políticas Públicas.

THE COOPERATIVE FEDERALISM AND PUBLIC HEALTH: AN ANALYSIS OF BRAZILIAN LOCAL AUTONOMY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Abstract: The article focuses on examining cooperative federalism and management of Brazilian public health at the local level in times of the Pandemic Covid – 19. The problem of the research is evidenced in the following question: given the current model of the Brazilian federative system, what are the challenges of cooperation in the management of the System Unified Health and how local autonomy influences the viability of the right to health in municipalities in times of pandemic covid – 19? In order to answer the research problem, we use the method of deductive approach and historical procedure, as well as the bibliographic research technique. Dividing the investigation into three moments: in the first, addressing federalism, its definition and origin in the international order. In addition, the historical evolution of Brazilian federalism throughout the Constitutions

is verified, with emphasis on cooperative federalism from the Constitution 1988. In the second, we analyze local autonomy and the financing of social public policies. Finally, in the third, there is the System Unified Health (SUS), federative competences and the municipality in public health management. The study is justified by its relevance, because it is focused on the analysis of Brazilian public health at the local level. It is concluded that, given the Brazilian federalism model, the challenges faced by the entities are related to cooperation in a decentralized management such as the SUS, because at the same time that decentralization also brings difficulties by the positive conflict of competencies, just as municipalities will be able to better realize the right to health if financial autonomy strengthened.

Keywords: Local autonomy. Right to health. Brazilian federalism. Pandemic Covid – 19. Public Policy.

INTRODUÇÃO



Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 passou a externar um federalismo cooperativo e de equilíbrio, em que o atual sistema federativo passou a prever os municípios como entes da federação, dotados de autonomia, onde o desempenho das responsabilidades públicas deve ser atribuído, preferencialmente, às autoridades que estejam mais próximas dos cidadãos.

O presente artigo centra-se em examinar o federalismo cooperativo e gestão da saúde pública brasileira no âmbito local em tempos de pandemia Covid – 19. O problema da pesquisa evidencia-se no seguinte questionamento: diante do atual modelo de sistema federativo brasileiro, quais são os desafios da cooperação na gestão do Sistema Único de Saúde e como a autonomia local influencia na viabilização do direito à saúde nos

municípios em tempos de pandemia Covid – 19?

Visando responder o problema da pesquisa, utiliza-se o método de abordagem dedutivo, eis que a partir de dados gerais – premissa maior, suficientemente constatados, inferindo-se uma verdade particular, premissa menor - busca-se chegar a conclusões mais restritas do que o conteúdo estabelecido pelas premissas maiores. Quanto ao método de procedimento utiliza-se o histórico, pois se verifica a evolução ao longo da história do federalismo cooperativo e da divisão de competências da saúde diante da pandemia Covid – 19 (*coronavírus*), bem como aborda-se o surgimento do Sistema Único de Saúde e a autonomia local. Por fim, a técnica de pesquisa adotada se volta à documentação indireta observando os contornos e fundamentos da legislação e de estudos bibliográficos, com a reunião de diversas obras, livros, artigos, monografias, dissertações, teses e outros, que dispõe sobre os temas abordados na pesquisa.

O estudo se justifica pela sua relevância, por ser alicerçado na análise da saúde pública brasileira e nos desafios da cooperação na gestão do SUS pelos entes federados em tempos de pandemia Covid – 19. Nesse sentido, divide-se a investigação em três momentos: no primeiro, teoriza-se o federalismo, sua definição e origem na ordem internacional, além da análise da evolução histórica do federalismo brasileiro ao longo das Constituições, com ênfase no estudo do modelo cooperativo.

No segundo, averigua-se como o município é visto no âmbito da repartição de competências e de como a autonomia local gera uma melhor gestão dos recursos no âmbito municipal, assim como o financiamento das políticas públicas sociais. Por fim, no terceiro, verifica-se o Sistema Único de Saúde (SUS), as competências federativas e os desafios dos entes na gestão da saúde pública, com enfoque nos entes locais, em tempos de pandemia, e análise da judicialização em razão do conflito positivo de competências dos entes federados nas políticas de saúde pública – notadamente na temática do isolamento social em face da

Covid - 19.

1. O FEDERALISMO COOPERATIVO NO BRASIL: LIMITES E POSSIBILIDADES

De acordo com o problema de pesquisa que busca abordar quais são os desafios da cooperação na gestão do Sistema Único de Saúde e como a autonomia local influencia na viabilização do direito à saúde nos municípios em tempos de pandemia Covid – 19, é imprescindível abordar de forma prévia os pressupostos do federalismo.

Evidencia-se que o federalismo é entendido como um princípio político fundamental, que busca a unificação de totalidades políticas diferenciadas em um conjunto de regras comuns, na tentativa de se efetivar uma colaboração comum entre seus componentes (HESSE, 1998). O federalismo também é uma forma de organização do poder político, além de estar vinculado ao processo de surgimento das Constituições escritas durante o século XVIII (GARELLI, 1998).

Com relação ao Estado federal evidencia-se que ele foi estruturado nos Estados Unidos, em 1787, ao passo que o regime que se encontrava em vigor, até então, era o confederativo. Na época os termos “Confederação” e “Federação” eram utilizados de forma indistinta, causando algumas confusões (BERCOVICI, 2004). Inicialmente, as treze colônias estabeleceram a Confederação, por meio de um tratado de direito internacional, com o propósito de preservar a soberania de cada Estado. Porém, com o passar do tempo o modelo confederativo se mostrou inapto para o atendimento das necessidades de governo comum, induzindo os Estados independentes, ainda firmes no propósito de aprimoramento da união entre si, a promulgarem uma nova Constituição, através da Convenção de Filadélfia, em 1787, trazendo em seu bojo uma nova organização política, isto é, o federalismo (BASTOS, 1992).

São identificadas algumas das principais características do federalismo em quatro premissas: 1) existe a necessidade de uma Constituição, ou lei máxima, que institua a forma de Estado Federativo. 2) deve existir duas ou mais esferas de governo, federal ou estadual (em alguns países, como no caso do Brasil, os municípios são incluídos como esferas de governo, formando um federalismo trino) dotados de autonomia financeira, (que disponham recursos financeiros próprios para os seus gastos), autonomia administrativa (que tenham capacidade de auto-organização dos serviços públicos) e autonomia política (que exista a possibilidade de eleição de seus próprios governantes). Salienta-se que os Estados federados podem, inclusive, elaborar suas próprias Constituições, bem como são dotados de Poder Legislativo, Executivo e Judiciário. 3) os entes que compõem a federação são indissociáveis. 4) indica que a repartição das competências é praticada entre os entes da federação (CASSEB, 1999).

É atribuído ao conceito de Federalismo a premissa da descentralização do exercício de poder político elevado a uma ordem jurídica única que deve ser seguida, em que esta é conceituada como uma repartição de poderes, onde de um lado tem-se a esfera federal (governo central) e do outro as unidades autônomas (estados-membros). Estas devem possuir autonomia organizacional, política e, principalmente, financeira de tal modo que esse modelo de repartição de competências será o responsável pela determinação das matérias incidentes em todo o território nacional e em cada unidade federada (KELSEN, 1998).

A descentralização é considerada o principal ponto da estrutura do poder federal e como efeito busca garantir a repartição de poderes e competências entre os diversos níveis e órgãos, os quais possuem autonomia organizacional, financeira e político-administrativa (HORTA, 1995). Assim, a descentralização política estabelece uma pluralidade de ordens jurídicas, que estão ordenadas e coordenadas em uma estrutura total, formada por ordens jurídicas acopladas de forma harmoniosa e

complementar (REIS, 2000).

A partir destes pressupostos, passa-se a verificação de como surge e é adotado o federalismo no ordenamento brasileiro, bem como faz-se uma análise da sua evolução histórica ao longo das Constituições, para posteriormente se conceituar o federalismo cooperativo sob a égide da atual carta política brasileira.

Desta forma, verifica-se que o Brasil ao longo de sua história passa grande parte sendo um Estado unitário, estando presente neste modelo de Estado o centralismo como principal característica. Com isso, pode-se identificar as capitânicas hereditárias como a primeira organização política surgida no Brasil, sendo que elas se encontravam desconexas e desorganizadas pelo território brasileiro (BARACHO, 1986).

Por conseguinte, observa-se que a Federação é apontada como uma grande reivindicação liberal, iniciada com base nos elementos progressistas da constituinte, começando a ser delineada a partir da revolução de Pernambuco de 1817 a 1824 e com a Sabinada da Bahia no ano de 1837. No Brasil Império sempre existiu oposição para a implementação do Estado federativo, chegando a ser taxada como criminosa, visto que na fase final do império os ideais federalistas eram associados a bandeira republicana (BARACHO, 1986).

Com o fim da Revolução em 15 de novembro de 1889 é editado o primeiro decreto do País pelo Chefe do governo provisório, Marechal Manuel Deodoro da Fonseca, estabelecendo a República e o federalismo. Consequentemente, o País passa a se denominar Estados Unidos do Brasil e no ano de 1891 é promulgada a primeira Constituição da República Federativa (FERREIRA, 2012).

Tavares (2012) explana que a partir da Constituição de 1891 e nas sucessivas a Federação passa a ser prevista, tendo seu funcionamento como objeto de reiterados reparos. Com a Revolução de 1930 Getúlio Vargas assume o poder, exercendo a partir

disso os Poderes Executivo e Legislativo, dissolvendo a Assembleia estadual, com base no Decreto de 11 de novembro.

Após a revolução de 1930, que resulta no movimento constituinte, exsurge a Constituição de 1934, na qual o Estado brasileiro confirma o regime federativo com a ampliação das competências da União, deferindo-lhe competências não especificadas que eram pertencentes aos estados-membros. Com o advento da Constituição de 1937 é implementada a ditadura varguista, sendo exigido da Federação a organização de um Estado Novo, como uma espécie de ditadura, atuando de modo autoritário e de poder individualizado (CLÈVE; BARROSO, 2011).

Em 1945, Getúlio Vargas é deposto, sendo eleito um parlamento para que em setembro de 1946 fosse finalizada a Constituição do Brasil (TAVARES, 2012), carta que segundo Horta (2002) estabeleceu o convívio constitucional do princípio da autonomia, originada do federalismo clássico, com o princípio da cooperação, próprio do federalismo contemporâneo, ou seja, é nessa Constituição que o federalismo brasileiro passa a incumbir alguns órgãos federais para a promoção do desenvolvimento de determinadas regiões, inaugurando, conseqüentemente, os embriões do federalismo cooperativo brasileiro.

Na Constituição de 1967 e na Emenda Constitucional de 1969, por serem autoritárias, o federalismo deixa de existir, ocorrendo a centralização dos poderes na União (TAVARES, 2012). Todos os instrumentos para promover o desenvolvimento econômico eram centralizados na esfera da União, sob o pretexto da “integração nacional” (BERCOVICI, 2004). A redemocratização apresenta como uma de suas principais bandeiras a “restauração” do federalismo e a descentralização pela elaboração de uma nova Constituição. Tal compromisso fez parte do “Manifesto à Nação” idealizado pelos partidos formadores da chamada “Aliança Democrática”, elaborada em torno da candidatura presidencial de Tancredo Neves (SOUZA, 2005).

A Constituição de 1988 prevê um federalismo brasileiro

voltado à distribuição de poderes, entre as esferas de governo, mais equilibrada, buscando a diminuição das tensões que foram verificadas no relacionamento desigual existente entre o governo central e os governos periféricos. A Constituição de 1988 enfatiza o federalismo cooperativo, em que o Estado visa garantir uma atuação solidária e conjunta para que sejam realizadas as metas comunitárias (PUCCINELLI JÚNIOR, 2012).

Evidencia-se que a nova Constituição, promulgada em 05 de outubro de 1988, restaura a Federação, prevendo no artigo 1º que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel da União, dos estados-membros, municípios e do Distrito Federal, constituindo um Estado Democrático de Direito (BERCOVICI, 2004). Portanto, a Constituição de 1988 passa a prever o modelo federalista de divisão espacial de poder entre os entes no artigo 18, *caput*, sendo estes dotados de autonomia.

Tavares (2012) aborda que o artigo 1º da referida norma veda o direito de secessão para todos os entes da federação, em qualquer hipótese ou condição, sendo essa proibição decorrente da indissolubilidade do vínculo federativo, pois a forma federativa no Brasil possui *status* de cláusula pétrea, conforme o artigo 60, § 4º, inciso I da Constituição³, em que é vedado à abolição da federação.

Desta forma, diferentemente de muitas federações, a brasileira é formada por um sistema que apresenta três níveis de governo (triplo federalismo), eis que inclui os municípios como partes integrantes da federação, passando a refletir uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados-membros sobre as questões de ordem local. Em vista disso, os três níveis de governo têm seus próprios Poderes Legislativos e Executivos e os níveis federais e estaduais detêm seus próprios Poderes Judiciários (SOUZA, 2005).

³ Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...] § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado (BRASIL, 1988).

Por conseguinte, a Carta Política vigente abandona a divisão de competências presente nas Constituições anteriores, passando a externar um federalismo cooperativo e de equilíbrio. Com isso, estrutura um sistema complexo composto por competências privativas, repartidas de forma horizontal, e por competências concorrentes, repartidas de forma vertical, autorizando também a participação das ordens parciais no âmbito das competências próprias na ordem central por meio de delegação (ALMEIDA, 2000).

O federalismo cooperativo se concretiza na repartição de competências verticais e se fundamenta no fato de que os governos central, regional e local têm como objetivo o desempenho da tarefa estatal que beneficie o cidadão. Assim, deve o federalismo assumir uma cooperação subsidiária ao fornecer auxílio aos entes menores, quando estes não conseguirem realizar as tarefas sozinhos (KRELL, 2008). Bercovici (2004) destaca que a Constituição de 1988 passa a prever normas instituidoras de autonomia dirigidas diretamente aos municípios, prevendo inclusive o poder de auto-organização, ou seja, todos os municípios podem elaborar Leis Orgânicas, conforme disposto no artigo 29.

Evidencia-se que a Constituição apresenta como características importantes a combinação de federalismo, participação e descentralização, sendo que tal interação resulta em um modelo de federalismo cooperativo que apresenta três níveis de governo. Portanto, frente a técnica de distribuição de poder, que busca o equilíbrio das relações entre centralização e descentralização, verifica-se que o federalismo brasileiro foi moldado com a perspectiva de rompimento da heterogeneidade socioeconômica existente no território nacional.

Ressalta-se que a Constituição de 1988 instituiu expressamente o federalismo cooperativo no Brasil, nos artigos 23 e 24. Dessa maneira, no artigo 23 são elencadas uma série de matérias que estabelecem competências comuns entre a União, os estados-membros, os municípios e o Distrito Federal. Porém,

somente através de Lei complementar serão fixadas as normas para a cooperação entre a União e os estados-membros, o Distrito Federal e os municípios, conforme dispõe o parágrafo único do referido artigo. (BERCOVICI, 2004).

O artigo 24 prevê as matérias que competem à União, aos estados-membros e ao Distrito Federal legislar concorrentemente, ressalvando-se a limitação da União estabelecer apenas normas gerais, e dos estados-membros e do Distrito Federal de adaptá-las de acordo com as suas especificidades, desde que não contrariem a lei federal (BERCOVICI, 2004). Além disso, o cooperativismo pode ocorrer pela repartição das receitas tributárias de impostos federais com os estados-membros e municípios, e de impostos estaduais para os municípios (RIBEIRO, 2005).

Contudo, o modelo brasileiro apresenta diversas limitações, a exemplo da lacuna no artigo 23, parágrafo único da Constituição de 1988⁴, pois este deve estabelecer normas para cooperação entre entes federativos, buscando executar competências comuns, assim, destinando aos estados-membros e municípios as atividades de execução, afastando à União dessa competência e deixando-a encarregada apenas para o estabelecimento de diretrizes e políticas nacionais (KRELL, 2003).

A cooperação financeira visa a responsabilização conjunta da União e dos entes federados como meio de realizar políticas públicas comuns, ou seja, tem como objetivo central a execução adequada e uniforme de serviços públicos equivalentes em toda a Federação, com base nos princípios da igualdade de condições sociais de vida e da solidariedade. Logo, referindo-se à execução de políticas públicas, este deve apresentar caráter descentralizado, em que todos os entes federados que sejam interessados participem, visto que a decisão comum, tomada em escala federal, será adaptada e executada de forma autônoma por

⁴ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (BRASIL, 1988).

cada ente, podendo se adaptar às peculiaridades e necessidades (BERCOVICI, 2004).

Desse modo, o principal desafio enfrentado pelo modelo federativo é compatibilizar autonomia, descentralização e a redução das desigualdades sociais e territoriais. Por isso, ressalta-se que para se alcançar o equilíbrio entre as responsabilidades dos entes, eficiência na gestão pública e a distribuição de recursos entre eles é necessário que existam soluções complexas de acordo com as desigualdades sociais e regionais (REZENDE, 2010).

O federalismo cooperativo inaugurado pela Constituição de 1988 tem enfrentado diversos obstáculos na tentativa de ser alcançado, tanto na sua dimensão legal quanto institucional. Souza (2005) complementa que esse problema decorre de dois principais motivos: pela existência de diferentes capacidades dos governos subnacionais na implementação de políticas públicas, em razão das enormes desigualdades financeiras, de gestão e técnicas existentes; e pela ausência de instrumentos constitucionais ou institucionais que promovam a cooperação, resultando em um sistema altamente competitivo.

Assim, para que se concretize o federalismo cooperativo é necessária uma coordenação que apresente como resultado a realização de acordos intergovernamentais, os quais sejam aplicados em programas e financiamentos conjuntos, pois as políticas têm propensões a serem conduzidas através da atuação de mais de um nível de governo, de modo coordenado e interdependente. Porém, o federalismo cooperativo não tem o “condão” de acabar com os conflitos de competência, as duplicações de atividades ou as concorrências entre os entes da federação, mas pode contribuir para que ocorra a redução desses problemas através dos acordos políticos (CAFFARATE, 2002).

Neste sentido, a Constituição de 1988 institui, no âmbito federativo, a busca pelo equilíbrio entre a autonomia, descentralização e as grandes diversidades do Estado, para concretizar tais

objetivos introduz um sistema complexo de repartição de competências entre os entes federativos, apresentando como principais características: a inclusão das políticas sociais como competência comum e concorrente aos três entes federados; a concentração da maioria das competências exclusivas na mão da União; a exclusividade da União para o deferimento de diretrizes que norteiem as políticas públicas; a concentração da maioria dos impostos na União; e a indicação do regime de cooperação entre os entes da federação, sem que existam dispositivos constitucionais ou canais institucionais que realizem a intermediação dos interesses e a negociação de conflitos.

Apresentando como resultado desse sistema complexo de repartição de competências, no campo das políticas públicas, existe um federalismo marcado por políticas públicas federais que são impostas às instâncias subnacionais; os municípios apresentam pouca capacidade para legislar sobre políticas próprias; e os estados e municípios apresentam considerável autonomia, acompanhada de uma maior responsabilização na implementação das políticas federais, porém a partir da década de 1990 os municípios passaram a ser os principais responsáveis pelas políticas públicas básicas, como no caso da saúde e do ensino fundamental. Contudo, isso somente é possível por meio de um processo de indução e regulação a partir de regras emanadas da esfera federal (SOUZA, 2005).

Após ser realizada a verificação do federalismo na ordem internacional e nacional, buscando responder o problema de pesquisa, passa-se a conceituação da autonomia, bem como analisa-se as competências e autonomias municipais, com ênfase na autonomia financeira, de acordo com a Constituição de 1988. Isso porque, em tempos de enfrentamento de uma pandemia, que exige cooperação e articulação entre os diferentes níveis de governo, em especial no campo das políticas públicas de saúde – pelo que se depreende da leitura combinada dos artigos 23 e 196 da Carta Política Brasileira – em que se constata um evidente

conflito positivo de competências, colocando em cena categorias jurídicas como a autonomia em suas diferentes vertentes – seja no campo administrativo e/ou legislativo, seja em termos de equilíbrio de finanças públicas.

2. A AUTONOMIA MUNICIPAL E O FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS LOCAIS: OS DESAFIOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Desde 1988 as instituições políticas garantidoras da unidade do Estado federativo brasileiro estão estáveis, assim como as unidades referentes à autonomia política e à representação dos governos subnacionais, visto que o Estado brasileiro apresenta institutos que buscam concretizar a autonomia dos entes federativos. Portanto, os governos estaduais e municipais possuem autonomia para eleger os membros dos Poderes Executivo e Legislativo, dispondo de autoridade política que se legitima através dos seus eleitores e também possuem autonomia legislativa para implementar suas próprias políticas públicas, com fulcro nos preceitos constitucionais (ARRETCHE, 2006).

Nessa lógica, a autonomia é compreendida como a capacidade ou o poder de gerenciamento dos próprios negócios, dentro de limites prefixados – *in casu* – pela Constituição Federal. Assim, foram reconhecidos aos municípios o poder de auto-organização, conjuntamente com o autogoverno e as competências exclusivas, sem olvidar as administrativas comuns. Salienta-se que a autonomia em seu sentido técnico-político está ligada ao fato de as entidades integrantes da federação possuírem capacidade de autogoverno, auto-organização, autolegislação – o poder local brasileiro, diferente das autarquias locais em Portugal, tem capacidade de legislar - e auto-administração (CARVALHO FILHO, 2008).

A previsão da autonomia e dos entes que compõem a

federação brasileira está listada no artigo 18 da Constituição⁵, sendo: à União, os 26 estados-membros, o Distrito Federal e os 5.568 Municípios. A repartição de competências entre o governo central e os entes federados é vista como o ponto central para a formação do Estado federal. Bonavides (2009) complementa que o artigo 18 insere os municípios na organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, fazendo com que eles, ao lado do Distrito Federal, formem a terceira esfera de autonomia, alterando significativamente a tradição dual do federalismo brasileiro, resultando em uma nova dimensão básica.

Tavares (2012) ressalta que a Constituição expressa em seu texto que os municípios compõem a federação e são dotados de autonomia, de acordo com os artigos 1º, 18 e 34. Destaca-se que o artigo 1º indica que a República brasileira é formada pela união indissolúvel dos estados-membros, municípios e Distrito Federal. Já o artigo 18 retrata que a organização político-administrativa brasileira é composta pela União, pelos estados-membros, Distrito Federal e municípios e no artigo 34 é reconhecida e assegurada a autonomia municipal.

Assim, o princípio geral que permeia a repartição de competências entre as entidades componentes do Estado federal é o da “predominância do interesse”, o qual se manifesta nas afirmações de que para União compete às matérias de “interesse geral”; para os estados-membros as matérias com “predominante interesse regional”; e para os municípios “assuntos de interesse local” (SANTOS, 2011).

Desse modo, a Constituição de 1988, em razão do complexo quadro de entes federativos, enumera em um modelo diferenciado as repartições de competências, sendo que dos artigos 21 ao 30 se encontra a “coluna vertebral” que sustenta a divisão de competências entre os entes (CORRALO, 2012). Nesse

⁵ Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).

sentido, as competências estão dispostas da seguinte forma: para União, conforme os artigos 21 e 22; para os municípios, de acordo com os artigos 29 e 30; confere aos estados-membros a competência residual, conforme o artigo 25, e a competência para criar municípios, prevista no artigo 18, §4º. Ademais, define as áreas das competências concorrentes, conforme o artigo 24, e as comuns, previstas no artigo 23. Conseqüentemente, os estados-membros, o Distrito Federal e os municípios devem compartilhar com a União, sob as diretrizes da Constituição, a prestação de serviços em matérias do setor social.

Com relação aos municípios e suas autonomias, Moraes (2011, p. 277) explana que:

[...] o município ‘auto-organiza-se’ através de sua Lei Orgânica Municipal e, posteriormente, por meio da edição de leis municipais; ‘autogoverna-se mediante a eleição direta de seu prefeito, Vice-prefeito e vereadores, sem qualquer ingerência dos Governos Federal e Estadual; e, finalmente, ‘auto-administra-se’, no exercício de suas competências administrativas, tributárias e legislativas, diretamente conferidas pela Constituição Federal.

Sob a ótica formal, os municípios são entidades territoriais locais investidas de autonomia e no exercício das suas atribuições atuam com absoluta igualdade de condições com as outras esferas governamentais, sendo que os atos praticados pelos municípios não dependem de autorização prévia ou de ratificação posterior de qualquer outra entidade estatal (MEIRELLES, 2003). Sua legitimidade decorre diretamente da Carta Constitucional sendo este um avanço *sui generis* observado no processo constituinte, cuja concretização tem sido objeto das demandas do movimento municipalista representado pela atuação técnico-política da Confederação Nacional de Municípios (CNM).

Para que se compreenda o significado, o propósito e o sucesso na formação de uma federação, duas ideias são centrais: a de autonomia e a de participação. Com relação à primeira, a Constituição garante aos municípios quatro capacidades: 1) auto-organização, que se dá através de uma lei orgânica

elaborada e promulgada pela Câmara de Vereadores, sem que haja interferência de qualquer espécie do Legislativo Estadual ou Federal; 2) autogoverno, em que ela é exercida pelos prefeitos e vereadores eleitos pelo voto direto e secreto; 3) auto legislação sobre assuntos de interesse local e outros, de forma suplementar e concorrente; 4) autoadministração para a arrecadação dos tributos de sua competência, aplicando suas receitas e prestando serviços públicos à comunidade local (SANTOS, 2011).

Com referência ao teor político da autonomia, este revela a capacidade de os municípios estruturarem os seus poderes, organizando e constituindo os próprios governos, mediante eleições indiretas de prefeitos, vice-prefeitos e vereadores, podendo editar o próprio direito, desde que observem os princípios das Constituições federal e estadual. Quanto à capacidade auto organizatória, ela é considerada como um desdobramento da autonomia política, ganhando contornos no poder de os municípios editarem as suas próprias leis orgânicas. (PIRES, 1999).

A competência legislativa empodera os municípios na construção de normas jurídicas previstas de acordo com o artigo 59 da Constituição, as quais estão sujeitas ao controle difuso e concentrado de constitucionalidade, sendo o último – a exceção da ADPF (arguição de descumprimento de preceito fundamental) - restrito aos Tribunais de Justiça estaduais (CORRALO, 2011). Já a autonomia política também abarca o autogoverno, que se concretiza através da eletividade de prefeitos, vice-prefeitos e vereadores, através do sufrágio universal, acessível a todos os cidadãos, para mandatos temporários de quatro anos, conforme artigo 29, incisos I ao XVI da Constituição.

Desse modo, evidencia-se que os municípios são os entes federativos mais próximos da população local e os mais indicados para o reconhecimento e atendimento das suas necessidades. Isso porque geram maiores condições de participação do povo na elaboração e implantação de políticas públicas, principalmente nas que apresentam caráter social, podendo a autonomia

municipal promover com maior eficiência às ações governamentais.

Para tal é mister a autonomia financeira local – tema ainda muito aquém das necessidades locais - que encontra respaldo no artigo 30, inciso III da Constituição e também está delimitada nos artigos 145, 146, 149-A, 150, 156, 158 e 159. Nestes o poder dos municípios instituírem tributos próprios e a definição das transferências constitucionais compulsórias, que podem decorrer da participação em tributos estaduais e federais, ou por distribuição através dos fundos.

Logo, é condição para o federalismo de três níveis que se garanta e se fortaleça a autonomia financeira dos municípios, visto que apesar da descentralização, prevista na Constituição de 1988, a arrecadação de tributos locais – de natureza sobretudo urbana enquanto a maior parte dos municípios brasileiros têm matriz agrícola - e sobretudo as transferências constitucionais ainda guardam uma posição refratária a efetiva autonomia local que somente se efetiva com a adequada repartição da arrecadação tributária – matéria que tem sido objeto de discussão por intermédio de dois projetos de emenda constitucional, PEC 110 e PEC 45, respectivamente no Senado Federal e na Câmara dos Deputados.

Giroldo e Bassoli (2012) explanam que para se efetivar a autonomia plena é necessário que se atinja a autonomia financeira, através das competências dos entes municipais sem que dependam economicamente dos demais entes. Embora ao longo dos anos os municípios tenham alcançado maiores parcelas em razão das transferências intergovernamentais, tal recebimento ainda não é capaz de satisfazer todas as suas necessidades, sendo que a persistência de uma “tutela” (equivocada política de repartição de rendas) afeta o cerne do princípio da autonomia financeira e o enfraquece.

A autonomia administrativa é abordada através da ideia de que os municípios terão administrações próprias referentes ao

interesse local, além do dever de organização e execução dos serviços públicos de sua competência. Desse modo, a administração própria é definida como a gestão dos negócios locais que se realiza por intermédio dos representantes do povo no município, sem que haja a interferência dos poderes da União ou dos estados-membros (MEIRELLES, 2003).

Salienta-se que a autonomia administrativa é determinada com base no interesse local, ou seja, no interesse predominante da municipalidade sobre todas as questões pertinentes à sua população, sendo que por essas razões, no âmbito da sua competência, não pode sofrer qualquer controle ou interferência dos outros entes federativos, salvo nos casos previstos no artigo 35 da Constituição, em que pode ocorrer intervenção estadual nos municípios. Além disso, verifica-se que essa autonomia abarca atividades administrativas, desdobradas nos serviços públicos, fomento de atividades econômicas e sociais, e polícia administrativa.

É importante mencionar que o artigo 30 da Constituição elenca as competências municipais, tais como: a) legislar sobre assuntos de interesse local; b) prestar os serviços de atendimento à saúde; c) instituir e arrecadar os tributos de sua competência; d) manter e prestar cooperação técnica e financeira com demais entes federativos no atendimento da educação infantil e de ensino fundamental; e) organizar e prestar serviços públicos de interesse local; f) proteger o patrimônio histórico-cultural local; g) suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; h) criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual.

Ademais, são numerosas as responsabilidades comuns dos municípios com os âmbitos federal e estadual de governo – onde se insere fortemente o debate do enfrentamento da Covid – 19 -, conforme artigo 23, incluindo: a) cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; b) proteger os documentos, as obras e outros bens

de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos; c) proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação e à ciência; d) proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas; e) preservar as florestas, a fauna e a flora; f) fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar; g) promover programas de construção de moradias e melhoria das condições habitacionais; h) promover programas de saneamento básico; i) combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos; j) registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões; k) zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; l) impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural; m) e estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito.

A autonomia municipal é considerada um princípio constitucional sensível, elencado no artigo 34, inciso VII, alínea “c”, da Constituição, o qual deve ser resguardado, visto que o ente federativo que transgredi-lo pode sofrer a intervenção da União. Baracho (1985) conclui que a liberdade e a autonomia municipal são condições essenciais para que se efetive o processo democrático descentralizado, sendo que a noção de município e da sua autonomia estão fortemente ligados à compreensão da federação.

Com relação às políticas públicas, ressalta-se que a maioria dos governos aderem políticas focalizadas, voltadas para determinados segmentos da sociedade, ou políticas universais que de apoio a certos conjuntos da população, como por exemplo o SUS. Através da integração e com base em um planejamento sistêmico é possível viabilizar o melhor atendimento às demandas sociais. Além disso, nas democracias a lógica política impõe que os governos atendam celeremente às demandas sociais sob pena das mesmas se inviabilizarem, eis que as demandas

sociais resultam em constantes ajustes nas políticas já existentes, bem como à criação de novas políticas (SCHMIDT, 2018).

O Ministério da Saúde estabelece que as políticas públicas se configuram como decisões de caráter geral que indicam rumos e linhas estratégicas para a ação governamental, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa, além de potencializar os recursos disponíveis ao se tornarem públicas, expressas e acessíveis à população e aos formadores de opinião as intenções do governo no planejamento de programas, projetos e atividades (BRASIL, 2006).

A participação cidadã nas políticas públicas e na gestão se viabiliza através dos entes locais, por estarem mais próximos dos cidadãos e de suas demandas, conhecendo a realidade que se perpassa e as políticas públicas que são necessárias para sanar as necessidades dos indivíduos inseridos em determinada comunidade. Todavia, os municípios historicamente são os entes federativos mais desprovidos de recursos para o atendimento das demandas dos indivíduos, pois são os municípios que assumem efetivamente o compromisso de acolhimento diário das comunidades.

Nesse sentido, existe a necessidade de uma maior cooperação entre os entes federados nas ações que abarcam tanto interesses locais, regionais ou nacionais, com a finalidade de se atender de melhor forma à população, executando as políticas públicas com maior eficiência. Desse modo, evidencia-se que a Constituição de 1988 é explicitamente federativa, possuindo todas as condições necessárias para se firmar o federalismo cooperativo, buscando com isso o fortalecimento das atribuições, recursos e demandas do poder local.

O momento que se observa no Brasil remete a uma profunda reflexão do ideal federativo e da necessidade de convergência dos três níveis em favor do atendimento concreto da população. Exsurge assim a necessidade de uma cooperação que supere uma política de enfrentamento federativo - que inúmeras

vezes acarreta a judicialização da definição de competências - para o entendimento propositivo entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para a eficácia do Sistema Único de Saúde imprescindível para achatar a curva de infectados pela Covid 19 e, sobretudo, prover de recursos e efetividade um sistema que desde a previsão constitucional se organizou para ser federativo, integrado, gratuito e universal.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A DESCENTRALIZAÇÃO: O FEDERALISMO COOPERATIVO EM TEMPOS DE PANDEMIA (COVID-19)

O direito à saúde é previsto pela Constituição como um direito fundamental social, disposto no Capítulo II, que trata dos direitos sociais, no artigo 6º da Constituição⁶. Além disso, tal previsão vem reforçada pelo artigo 196 da Constituição, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que tenham como escopo à redução do risco de doenças e de outros agravos, e, ainda, por meio do acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação.

Reafirmando a essencialidade e a relevância da prestação do serviço público de saúde, a Constituição o estabelece em um capítulo específico, no Título VIII, da Ordem Social, no capítulo II, na seção II, da Saúde, dispondo que o serviço público de saúde integra uma rede regionalizada e hierarquizada, em forma de sistema único, conforme o inciso I, do artigo 198⁷. Assim, os serviços públicos de saúde são de responsabilidade de todos os

⁶ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

⁷ Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

entes federativos, de modo direto e indireto, existindo no ponto um conflito positivo de competências.

É neste cenário que pode contribuir o princípio da subsidiariedade – implícito no ordenamento constitucional brasileiro –, onde se verifica que a descentralização consiste na prestação direta pelos entes locais, por estarem mais próximos da população e serem mais capazes de identificar onde, como e quais os serviços específicos de saúde devem ser prestados, o que se depreende da leitura combinada dos artigos, 23, 30 e 196 da Constituição.

Consequentemente, tendo em vista que os serviços públicos de saúde são demasiadamente onerosos e que os recursos na esfera local são limitados, é previsto na Constituição nos artigos 30, inciso VII, e 198, inciso I, que as prestações serão descentralizadas e hierarquizadas, isto é, serão prestadas diretamente pelos entes locais e indiretamente, em regime de cooperação técnica e financeira, pelos estados-membros e pela União. Desta feita, tais competências estão distribuídas por questão organizacional, estrutural e principalmente pela eficiência.

Dessa maneira, todos os entes federativos, administrativamente, possuem competências para promover a efetividade e plenitude da prestação dos serviços de saúde pública, inclusive em matéria dos serviços de vigilância sanitária. Todavia, o exercício dessa competência deve ser pautado no princípio da predominância do interesse, visando que sejam evitados embates desnecessários entre os entes federativos.

Nesse sentido, salienta-se que das regras de competência legislativa concorrente que, com aplicação integral à proteção da saúde pública, para a União a competência está voltada às normas gerais, conforme artigo 24, parágrafo 1º. Já a competência dos estados-membros ou do Distrito Federal se referem às normas específicas, ou seja, de competência suplementar.

Assim, se forem editadas normas gerais pela União, as normas estaduais devem ser particularizantes, visto que só

poderão ser no sentido de adaptação de princípios, diretrizes, bases e singularidades regionais. E com relação à legislação de proteção à saúde pública, a legislação federal deve se limitar a estabelecer normas gerais e a legislação estadual e distrital complementar.

Já aos Municípios compete os assuntos de interesse local e legislar de forma suplementar a legislação federal e a estadual no que lhe couber, assim como é atribuição dos entes municipais a prestação de serviços, em forma de cooperação técnica e financeira com a União e os estados-membros, voltados para o atendimento da saúde da população, com base no artigo 30, incisos I, II e VII, assim como art. 196, todos da Constituição.

Além das previsões constitucionais referentes à distribuição de competências – legislativas e administrativas - para prestação dos serviços e legislação sobre a saúde pública, cabe referir os artigos 15 ao 19 da Lei nº 8.080/90, em que se constata a regulamentação detalhada de atribuições para cada ente em relação ao SUS. Todavia - antes de qualquer abordagem referente às competências particularizadas na Lei nº 8.080/1990 - é necessário acentuar que o SUS é de responsabilidade das três esferas de governo.

A Constituição estabelece que a saúde é um dever do Estado, entendido como Poder Público que abrange a União, os estados-membros, o Distrito Federal e os municípios. Ademais, a implementação e a gestão do SUS apresentam obrigações para as municipalidades, que precisam exercer suas atividades de forma integrada às demais esferas de governo, buscando a construção de políticas setoriais e intersetoriais que assegurem à população o acesso universal e igualitário à saúde (BRASIL, 2009).

A intersetorialidade na saúde é resultado de diversos fatores, visto que a atual legislação brasileira amplia significativamente a definição de saúde, considerando-a como um efeito obtido através de vários fatores determinantes e condicionantes,

tais como: alimentação, saneamento básico, moradia, meio ambiente, renda, educação, trabalho, transporte, cultura, violência, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. De acordo com tais premissas as gestões municipais do SUS – articuladas com as demais esferas de governo – devem promover o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores governamentais, ou seja, através do meio ambiente, educação, urbanismo etc., os quais possam contribuir, direta ou indiretamente, para a expansão de melhores condições de vida e de saúde para a população (BRASIL, 2009).

O inciso I do artigo 198 da Constituição e o artigo 9º, da Lei nº 8.080 determinam que a direção do SUS deve ser única, onde os serviços devem ser exercidos de forma descentralizada e as ações de saúde em cada esfera de governo. Como consequência, a direção será exercida pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos municípios, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Com relação às competências e atribuições previstas na Lei nº 8.080/1990 para os entes federativos referentes ao SUS, frisa-se que o artigo 15 prevê as atribuições comum a todos os entes no âmbito administrativo, definido as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, além das atribuições para coordenar e organizar o sistema de informação da saúde, bem como de administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde anualmente. Além disso, o legislador também define as competências próprias de cada ente nos artigos 16, 17 e 18.

Ressalta-se que o artigo 16 da referida Lei, adota as políticas gerais de saúde, prevendo que compete a direção nacional do SUS a definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, assim como o estabelecimento de normas de vigilância sanitária, cabendo à União a

promoção da descentralização para os estados-membros e para os municípios, dos serviços e ações de saúde que sejam de abrangência a nível estadual e local. Contudo, o parágrafo único aborda uma exceção, pois nos casos de grave calamidade que saiam do controle dos demais entes federados a competência é da União para executar de modo direto as ações de saúde.

O artigo 17 da Lei 8.080/90 determina que compete a direção estadual do SUS a promoção da descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, sem que ocorra o prejuízo de ações suplementares, além de prever a prestação de apoio técnico e financeiro aos entes locais. A lei também indica que a execução direta do serviço de saúde pelos estados-membros é supletiva, isto é, complementar, competindo aos referidos entes à gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

Já o artigo 18 prevê que compete às direções municipais do SUS a gestão e execução dos serviços públicos de saúde, sendo tais serviços voltados para atenção primária, os quais são prestados essencialmente nas Unidades Básicas de Saúde, bem como objetivam o atendimento da maioria dos problemas da população em saúde, sem que se faça necessário o encaminhamento para outros serviços de maior complexidade. No artigo 19 é previsto que compete ao Distrito Federal as atribuições tanto estaduais quanto municipais.

Salienta-se que a execução dos serviços de saúde ocorre, basicamente, nos municípios. Desse modo, a municipalização da saúde atribui aos municípios a função de gestor do Sistema municipal de saúde, garantindo o repasse de recursos financeiros em quantidades suficientes, buscando com isso, de modo regionalizado, executar ações em rede com municípios que estejam próximos, tornando o sistema mais acessível aos usuários do SUS (CAVALHEIRO, 2013). Nesse sentido, a estruturação do SUS prevê a municipalização da saúde como forma de desburocratização da prestação dos serviços de saúde de modo

democrático (PILAU SOBRINHO, 2003).

Evidencia-se que a municipalização das ações e serviços de saúde é um importante avanço para o SUS, visto que tende a efetivar a descentralização política, que é a base do federalismo e da subsidiariedade administrativa interna em seu duplo aspecto – vertical e horizontal, pois pode propiciar um novo modelo de gestão social participativa. Assim, esse enfoque consubstancia uma parceria entre governo-comunidade, na prática, favorecendo o controle social das ações do Poder Público, bem como abrindo espaço para um pacto federativo voltado à solidariedade política e ao êxito social (CARVALHO; SANTOS, 2002).

Ressalta-se ainda que os consórcios municipais de saúde são alternativas para a implementação da saúde no Brasil, de forma mais eficiente, visto que a crise existente e o déficit de recursos para a referida área impulsionaram a criação de meios alternativos para financiá-los. Portanto, um desses meios foi a união de municípios – especialmente os menores que são a absoluta realidade do poder local brasileiro - para a formação de consórcios, onde os municípios que possuem melhores condições assistenciais se reúnem com os outros que tenham menores condições, visando o fortalecimento para financiar a saúde da população (PILAU SOBRINHO, 2003).

Assevera-se que a Lei 8.080/1990 trouxe expressa a possibilidade de constituição de consórcios municipais para o desenvolvimento conjunto de ações e serviços de saúde que lhes correspondam, conforme o artigo 10. De tal modo, se aplica aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, devendo os atos constitutivos dispor de acordo com sua observância. Ainda, em nível municipal, o SUS pode ser organizado em distritos de forma a integrar e articular recursos, bem como para práticas e técnicas voltadas para cobertura total das ações de saúde.

Em vista disso, é necessário que sejam criados os fundos de saúde, os quais são pré-requisito para o recebimento dos

recursos que irão cobrir as ações e os serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados-membros e Distrito Federal. Os referidos recursos são provenientes do Fundo Nacional de Saúde e se destinam para o investimento na rede de serviços, para cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, bem como para as demais ações de saúde, condicionadas à apresentação de Plano de Saúde que conste a contrapartida de recursos no orçamento do respectivo ente federativo, o qual deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde (ROSA; et. al., 1999).

O surgimento dos Fundos Municipais de Saúde é um dos primeiros processos para se concretizar a descentralização da saúde, sendo que tal processo passa pela adoção de políticas públicas que atendam às demandas da saúde, como no caso do programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, posteriormente, o SUS, os quais abordam uma nova concepção para a gestões municipais. Consequentemente, evidencia-se que os resultados têm sido aperfeiçoados pela discussão com a população, como no caso da integração das comunidades com o governo por meio do orçamento participativo (PI-LAU SOBRINHO, 2003).

É de suma importância destacar que a descentralização da execução direta dos serviços de saúde pública pode aparentar ser algo consolidado - em especial para os entes locais, de forma supletiva aos estados-membros e excepcionalmente à União – mas não é a realidade, haja vista que o financiamento da saúde proporcionado a estes entes locais é insuficiente, gerando uma série de dificuldades intransponíveis nos orçamentos do poder local a quem compete o ônus concreto da execução – agravado pelo fenômeno da judicialização.

A Constituição contempla regras em relação ao financiamento da saúde, apenas no sentido de que ocorra a participação nos três níveis de governo. Entretanto, o artigo 198, que regula o financiamento, originariamente não fez previsão dos índices mínimos de repasse, pois indicava apenas que o SUS seria

financiado com os recursos da seguridade social, da União, dos estados-membros, do Distrito Federal e dos municípios.

Nesse sentido, coube ao poder constituinte derivado reformador realizar a fixação de tais índices, estabelecendo os percentuais mínimos de base para cada ente federativo, bem como dispôs sobre a necessidade de edição de lei complementar periódica que fixe e revise os referidos percentuais, e que faça previsão dos critérios de fiscalização dos recursos e o formato de rateio. Estes foram abordados por meio da aprovação da emenda constitucional nº 29/2000 que acrescentou o parágrafo 2º e incisos ao artigo 198, além de acrescentar o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Desse modo, destaca-se que apenas em meados de 2012, com a advento da Lei Complementar 141/2012, foi regulamentada a EC nº 29/2000. Nesta norma, no artigo 1º, previu-se o valor mínimo e as normas para o cálculo do montante a ser aplicado anualmente pela União, assim como os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos estados-membros, Distrito Federal e municípios nas ações e serviços de saúde pública, além de estabelecer os critérios de avaliação, fiscalização, controle das despesas com saúde e de rateio.

Ainda, a LC nº 141/2012 aborda os componentes qualitativos para a análise dos gastos de saúde, estabelecendo regras, diretrizes e condições para identificação de despesas passíveis de serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde, reduzindo a subjetividade e gerando uma aproximação das despesas do setor à intenção originária do constituinte da EC nº 29, de 2000 (CORAZZA, 2017).

A norma em comento reforça o dever dos estados-membros e do Distrito Federal aplicarem o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos em ações e serviços de saúde, com fundamento no artigo 6º da Lei Complementar. É dever dos municípios e do Distrito Federal a aplicação do percentual

mínimo de 15%, conforme artigo 7º da Lei Complementar, além de ser atribuição do Distrito Federal a aplicação anual de no mínimo 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal, de acordo com o artigo 8º da LC 141/2012.

Diversa a situação do percentual da União pois apenas com o advento da EC nº 86/2015 esta passa a ter a obrigação de gastar um percentual específico sobre sua receita corrente líquida, e, ainda assim, existe a previsão de um escalonamento de índices mínimos na forma progressiva (PINTO, 2015). Neste sentido, frisa-se que a estruturação do SUS vem gerando divergências federativas entre União e municípios, pois aos municípios competem diversas funções, principalmente no que tange às prestações diretas dos serviços aos cidadãos, contrastando com a irrisória participação que os entes locais têm na repartição de receitas (CORAZZA, 2017).

Salienta-se que os Municípios são, inquestionavelmente, os entes que assumiram a maior parte do ônus fiscal com os gastos em saúde (CORAZZA, 2017). Como consequência, verifica-se que o incremento das despesas municipais no âmbito de saúde está muito além do mínimo constitucional previsto, ou seja, é proporcionalmente maior que o dos demais entes. No entanto, a aplicação superior não é, via de regra, uma opção da gestão municipal, mas sim decorre de que os municípios são compelidos a executar a aplicação de tais medidas, em razão da realidade local, dos custos subestimados das transferências voluntárias feitas pela União para que seja executada de modo descentralizado as ações e serviços públicos de saúde, ou ainda, em razão das demandas judiciais por medicamentos e procedimentos (PINTO, 2015).

E é a partir deste contexto que o Sistema Único de Saúde Brasileiro se encontra para o enfrentamento da pandemia da Covid – 19, ou seja, uma dissintonia entre a previsão constitucional de acesso universal e descentralizado com o subfinanciamento

da esfera municipal. Além disso, a multiplicidade de centros decisórios – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – com uma surpreendente falta de convergência nas orientações gera um processo de incerteza e de excessiva judicialização.

Neste sentido, cabe referir que foram editadas legislações de emergência em nível nacional, a Lei nº 13.979⁸, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do *coronavírus*, a Portaria GM/MS nº 188⁹, de 03 de fevereiro de 2020, que declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo *Coronavírus* (2019-nCoV) e a Portaria GM/MS nº 356, de 12 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização da Lei nº 13.979/2020, estabelecendo as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do *coronavírus* (COVID-19).

Além disso, no Brasil os Estados e os Municípios – que segundo referido no texto são as esferas dotadas de competências para assuntos de interesse regional e local respectivamente, devendo decidir acerca dos assuntos que lhe são comuns, do seu interesse institucional e da proteção de sua população. Desse modo, cada governador e prefeito e os respectivos legislativos devem avaliar, segundo sua realidade e em defesa dos interesses

⁸ A Lei Nacional da Quarentena visa estabelecer barreiras à proliferação em massa do *coronavírus*, que já atingiu diversos países do mundo, regulamentando algumas das possíveis medidas que podem ser adotadas para o enfrentamento dessa doença. Ressalta-se que a lei indica medidas de determinação de realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais e coleta de amostras clínicas; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que registrados por autoridade sanitária estrangeira e previstos em ato do Ministério da Saúde; flexibiliza a contratação pública de insumos e suprimentos, bem como cria as modalidades de licitações: o pregão especial e a hipótese de licitação dispensável; adotando entre outras medidas.

⁹ A portaria declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, estabelece o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública e suas competências.

dos indivíduos, as medidas que abordem o funcionamento do comércio, circulação de pessoas, regras de logística diferenciada no interior dos municípios e a necessária restrição a bares e casa noturnas (CNM, 2020a).

Registre-se, todavia, que o pressuposto fundamental de toda a decisão deve ser a proteção ao direito à saúde, erigido como fundamento da ordem constitucional brasileira, forte em seu artigo 5º, *caput*, bem como o que determina o §1º do artigo 3º da Lei Federal nº 13.979/2020 que obriga que as determinações de quaisquer das esferas sejam motivadas por evidências científicas. Logo, o processo de cooperação e de um múltiplo campo decisório deve se dar de forma cooperativa e coerente com razões médicas sem que a discricionariedade política tenha espaço, haja vista que política e combate a pandemia da Covid 19 são elementos incompatíveis.

Contudo, a cooperação na prática e a competência concorrente entre os entes resulta em muitos debates e judicializações¹⁰. Assim, ressalta-se a decisão do Ministro Marco Aurélio

¹⁰ Segundo Britto (2020) a crise causada pelo Covid – 19 resultou no ajuizamento, perante ao Supremo Tribunal, de inúmeras ações de controle concentrado de constitucionalidade pelos mais diversos legitimados para propor essas demandas. Os pedidos discutem medidas que afetam direitos dos trabalhadores, competências federativas, extensão do prazo de pagamento da dívida dos Estados com a União, requisições administrativas, calendário eleitoral, entre outras.

Destaca-se que foram ajuizadas 58 ações no período de 12 de março a 02 de abril de 2020. Sendo distribuídas da seguinte forma:

- *Orçamento (11 Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADI)*: ADI 6.343; ADI 6.342; ADI 6.344; ADI 6.348; ADI 6.349; ADI 6.352; ADI 6.354; ADI 6.363; ADI 6.341; ADI 6.370; ADI 6.346;

- *Medidas provisórias da crise (23 ações)*: ACO 3.363; ACO 3.371; ACO 3.372; ACO 3.373; ACO 3.365; ACO 3.366; ACO 3.367; ACO 3.368; ACO 3.362; ACO 3.375; ACO 3.376; ACO 3.377; ACO 3.369; ACO 3.380; ACO 3.379; ACO 3.378; ACO 3.370; ACO 3.374; ADI 5.658; ADI 5.680; ADI 5.715; ADO 58; ADI 6.357.

- *Congresso (2 Ações de Descumprimento de Preceito Fundamental)*: ADPF 661; ADPF 663.

- *Eleições (2 ações)*: ADI 6.359; ADI 6.374.

- *Omissões do Executivo (2 ações)*: ADPF 672; ADO 56.

- *Competências Federativas (5 ações)*: ADPF 671; ADI 6.362; ADPF 665; ADPF 666; ACO 3.364.

Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), em sede de Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341¹¹, do Distrito Federal, sendo reconhecido, no dia 24 de março de 2020, que estados-membros, Distrito Federal e municípios também podem tomar providências em relação a pandemia Covid-19. Portanto, a competência para tratar de normas de cooperação em saúde pública é concorrente entre todos os entes.

Referindo-se à Medida Provisória 926/2020, do governo federal, o ministro decidiu que:

O que nela se contém – repita-se à exaustão – não afasta a competência concorrente, em termos de saúde, dos Estados e Municípios. Surge acolhível o que pretendido, sob o ângulo acautelador, no item a.2 da peça inicial, assentando-se, no campo, há de ser reconhecido, simplesmente formal, que a disciplina decorrente da Medida Provisória nº 926/2020, no que imprimiu nova redação ao artigo 3º da Lei federal nº 9.868/1999, não afasta a tomada de providências normativas e administrativas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. [...] (BRASIL, 2020a, p. 05).

Importante destacar que em sessão plenária o STF, no dia 15 de abril de 2020, referendou a medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341¹², ou seja, reafirmando o

- *Publicidade (5 ações)*: ADI 6.353; ADPF 668; ADPF 559; ADI 6.347; ADI 6.351.

- *Sistema Carcerário (2 ações)*: ADPF 660; ADPF 347.

- *Programas Sociais (5 ações)*: ADPF 568; ADPF 662; ADI 6.373; ADI 6.371; ACO 3.359.

- *Suspensão de prazos e taxas do ENEM (1 ação)*: ADPF 673.

¹¹ A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341, foi ajuizada contra diversos dispositivos da Medida Provisória (MP) 926/2020, que atribuiu à Presidência da República a centralização das prerrogativas de isolamento, quarentena, interdição de locomoção e de serviços públicos e atividades essenciais. O requerente alegou que a MP esvaziaria a competência e a responsabilidade constitucional dos estados-membros e municípios para a execução de medidas sanitárias, epidemiológicas e administrativas relacionadas ao combate ao *coronavírus*. O relator da ação, o ministro Marco Aurélio, deferiu em parte a medida liminar requerida na ação.

¹² Decisão: O Tribunal, por maioria, referendou a medida cautelar deferida pelo Ministro Marco Aurélio (Relator), acrescida de interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei nº 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do art. 198 da Constituição, o

poder dos estados-membros, Distrito Federal e municípios para estabelecerem medidas restritivas durante a pandemia Covid – 19, além disso, podem definir as atividades que serão suspensas e os serviços que serão interrompidos, sempre a partir dos pressupostos científicos estabelecidos na legislação federal infra e constitucional. (BRASIL, 2020d).

No entanto, surgem desafios em razão da competência concorrente permitir que todos os entes adotem providências em relação a pandemia Covid-19, visto que existem municípios que emitiram decretos mais liberatórios do que a legislação federal e estadual. Como por exemplo o caso da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 0051666-35.2020.8.21.7000, ajuizada pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul contra o município de Farroupilha. O requerente registra que o município emitiu o Decreto Municipal nº 6.759, de 08 de abril de 2020, sendo este contrário especialmente a legislação estadual (Decreto n.º 55.154, de 1º de abril de 2020).

Destacando que o Decreto Municipal n.º 6.759/2020 de Farroupilha, Estado do Rio Grande do Sul, nas suas Seções II (artigos 5 e 6) e VIII (artigo 15) do Capítulo I, flexibiliza medidas sanitárias de enfrentamento à pandemia Covid – 19, ao permitir a abertura do comércio em geral e de academias, apresenta-se como incompatível com o disposto no Decreto Estadual n.º 55.154/2020, principalmente nos artigos 5º e 37, os quais proíbem temporariamente a abertura de estabelecimentos de comércios e serviços. Desta forma, é evidente que o referido decreto emitido pelo município é contrário às legislações e recomendações da legislação federal e estadual, visto que as medidas precisam ser mais restritivas e sem arbítrio, ou seja, as regras municipais ou estaduais devem seguir sempre as orientações das autoridades de saúde, nacional – desde que alicerçada em elementos médicos - e internacional.

Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais [...] (BRASIL, 2020d).

Assim como vai de encontro com a decisão do Ministro Alexandre de Moraes na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672¹³, do Distrito Federal, de 08 de abril de 2020, que assegura aos governos estaduais, distrital e municipal, no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus territórios, a competência concorrente e suplementar para a adoção ou manutenção de medidas restritivas durante a pandemia da Covid-19, tais como: a imposição de distanciamento social, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais, circulação de pessoas, entre outras.

Destaca-se, nos termos da decisão:

Em momentos de acentuada crise, o fortalecimento da união e a ampliação de cooperação entre os três poderes, no âmbito de todos os entes federativos, são instrumentos essenciais e imprescindíveis a serem utilizados pelas diversas lideranças em defesa do interesse público, sempre com o absoluto respeito aos mecanismos constitucionais de equilíbrio institucional e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, que devem ser cada vez mais valorizados, evitando-se o exacerbamento de quaisquer personalismos prejudiciais à condução das políticas públicas essenciais ao combate da pandemia de COVID-19. [...] A gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde. [...] RECONHENDO E ASSEGURANDO O EXERCÍCIO DA COMPETÊNCIA CONCORRENTE DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DISTRITAL E SUPLEMENTAR DOS GOVERNOS MUNICIPAIS, cada qual no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus respectivos territórios, para a adoção ou manutenção de medidas restritivas legalmente permitidas durante a pandemia, tais como, a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades

¹³ A ação foi proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) contra atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal, praticados durante a crise de saúde pública decorrente da pandemia.

de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outras; INDEPENDENTEMENTE DE SUPERVENIENCIA DE ATO FEDERAL EM SENTIDO CONTRÁRIO, sem prejuízo da COMPETÊNCIA GERAL DA UNIÃO para estabelecer medidas restritivas em todo o território nacional, caso entenda necessário (BRASIL, 2020c, p. 5-10).

De outro modo, é importante salientar a decisão do ministro Alexandre de Moraes, do Supremo Tribunal Federal (STF), na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.357, do Distrito Federal, do dia 29 de março de 2020, para liberar o governo federal de cumprir artigos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), referente a despesas decorrentes da Covid 19. Importante referenciar ainda que a decisão estende os efeitos para todos os entes federativos que tenham decretado estado de calamidade pública ou emergência em decorrência da pandemia.

Desta maneira, os estados-membros e os municípios que decretarem emergência ou calamidade pública tem relativizada a exigência de demonstrar adequação e compensação orçamentárias, voltadas à criação ou à expansão de programas públicos destinados ao enfrentamento do contexto de calamidade gerado pela disseminação do *coronavírus*, ressaltando que a decisão não é extensível à criação de despesas relacionadas a outros objetivos. A Confederação Nacional de Municípios – CNM (2020b) complementa que cerca de 2.000 municípios decretaram situação de calamidade ou emergência em saúde pública.

Assim, verifica-se no trecho da decisão:

A gravidade da emergência causada pela pandemia do COVID-19 (Coronavírus) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde.[...] Ressalto que, a presente MEDIDA CAUTELAR se aplica a todos os entes federativos que, nos termos constitucionais e legais, tenham decretado estado de calamidade pública decorrente da pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2020b, p.

11-12).

Portanto, o ideal é que o sistema de saúde brasileiro seja efetivamente descentralizado, como previsto na Constituição, em que as normas e os interesses locais sejam de fato respeitados – desde que em consonância com as evidências científicas e normas de saúde pública -, e não da forma que se verifica atualmente, imperfeito e relativo (CASTRO, 2001). Ou seja, no sistema previsto constitucionalmente, o município é o responsável para atender à população e assim, cabe aos estados-membros e à União a cooperação técnica e financeira que seja necessária para o desempenho dessa função, tudo de acordo com o que preceitua a Lei Federal 8.080/90.

Além disso, evidencia-se que a atribuição municipal está centrada apenas no planejamento e execução dos serviços de saúde, cabendo à União e aos estados-membros a alocação dos recursos que possibilitem o desempenho das ações na esfera local. Com isso, a descentralização prevista deve propiciar uma maior autonomia aos entes municipais, cabendo aos estados-membros e para União o papel de garantir – como principal arrecadador dos tributos - o repasse dos recursos, fomentando as ações executadas nos municípios com a participação da sociedade civil.

Ainda, ressalta-se que os desafios enfrentados pelos entes federados são relacionados à cooperação em uma gestão descentralizada como o SUS, pois ao mesmo tempo que descentraliza também traz dificuldades pelo conflito positivo de competências. Seja em razão de que se torna necessário o fortalecimento da autonomia financeira dos entes municipais por serem os que se encontram mais próximos da população e que recebem o maior ônus na execução das políticas públicas de saúde, seja pela necessidade de uma articulação decorrente da situação ocasionada pela pandemia da Covid – 19.

CONCLUSÃO

O presente artigo centra-se em examinar o federalismo

cooperativo e gestão da saúde pública brasileira no âmbito local em tempos de pandemia Covid – 19. O problema da pesquisa questiona que diante do atual modelo de sistema federativo brasileiro, quais são os desafios da cooperação na gestão do Sistema Único de Saúde e como a autonomia local influencia na viabilização do direito à saúde nos municípios em tempos de pandemia Covid – 19?

Desse modo, inicialmente verifica-se a definição e o surgimento do federalismo na ordem internacional, bem como analisa-se a evolução histórica do federalismo no Brasil ao longo das Constituições, com um estudo voltado ao modelo cooperativo a partir da Constituição de 1988. Refere-se que a Constituição de 1988 passa a prever o modelo federalista de divisão espacial de poder entre os entes federativos – União, estados-membros, Distrito Federal e municípios – no seu artigo 18, *caput*, os quais são dotados de autonomia. Além disso, inova em diversos aspectos tais como o aumento na provisão de recursos para as esferas subnacionais, a ampliação dos direitos sociais fundamentais como saúde e educação e a previsão de maior controle institucional e social sobre os três níveis de governo.

Diferentemente de muitas federações, a brasileira é formada por um sistema que apresenta três níveis de governo (triplo federalismo), pois inclui os municípios como partes integrantes da federação, passando a refletir uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados-membros sobre as questões de ordem local. Em vista disso, os três níveis de governo têm seus próprios Poderes Legislativos e Executivos, e os níveis federal e estaduais seus próprios Poderes Judiciários.

Por conseguinte, a Constituição de 1988 abranda a divisão de competências presente nas Constituições anteriores, passando a externar um federalismo cooperativo e de equilíbrio. O federalismo cooperativo se concretiza na repartição de competências verticais e se fundamenta no fato de que os governos central, regional e local têm como objetivo o desempenho da tarefa

estatal que beneficie o cidadão.

Após a caracterização do federalismo brasileiro, em um segundo momento, observa-se que a autonomia dos entes que compõem a federação brasileira, ressaltando que os municípios são os entes federativos mais próximos da população e os mais indicados para o reconhecimento e atendimento das necessidades da população local. Isso porque geram maiores condições de participação do povo na elaboração e implantação de políticas públicas, principalmente nas que apresentam caráter social – concretizando-se assim as duas vertentes da subsidiariedade administrativa interna, princípio implícito na Carta Política Brasileira, quais sejam a vertical e a horizontal.

Os constituintes de 1988, acreditando na ideia de cooperação entre os entes federativos, estabeleceram a descentralização como meio de gerenciar a divisão de competências administrativas, o que se pretende por exemplo no Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalte-se que o direito à saúde está previsto no Título VIII, referente a ordem social – no artigo 6º, bem como no capítulo II, na seguridade social, seção II, da saúde, nos artigos 196 a 200 da Constituição.

Ainda, no decorrer da pesquisa, salienta-se que o Poder Legislativo elaborou normas infraconstitucionais voltadas para o direito à saúde: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com alterações através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 1990, as quais conjuntamente compõem a Lei Orgânica da Saúde.

No tocante ao atual enfrentamento da Covid 19, foram analisadas as principais legislações de emergência em nível nacional, as quais estabelecem diretrizes para o enfrentamento da pandemia: a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020; a Portaria GM/MS nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, e a Portaria GM/MS nº 356, de 12 de março de 2020. Também é verificado que na prática, o ideal constitucional da cooperação e a competência comum entre os entes federados gera muitas incertezas e judicializações.

Neste contexto, foi destacada a decisão do ministro Marco Aurélio Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), em sede de Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, do Distrito Federal, que reconhece aos estados-membros, Distrito Federal e municípios a possibilidade de tomar providências em relação a pandemia Covid-19. O magistrado confirma que a competência para tratar de normas de cooperação em saúde pública é concorrente entre todos os entes o que foi em sessão plenária do STF, no dia 15 de abril de 2020, referendado pela Corte.

Neste cenário, surgem desafios em razão desta competência, visto que existem municípios que emitiram decretos mais liberatórios do que à legislação federal e estadual, como no caso da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 0051666-35.2020.8.21.7000, ajuizada pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul contra o município de Farroupilha perante o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Nesta ação o requerente alega que o município emitiu o Decreto Municipal nº 6.759, de 08 de abril de 2020, contrário especialmente à legislação estadual (Decreto n.º 55.154, de 1º de abril de 2020).

Assim, tal decreto vai de encontro a decisão do Ministro Alexandre de Moraes na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672, Distrito Federal, de 08 de abril de 2020, que assegura aos governos estaduais, distrital e municipal, no exercício de suas atribuições e no âmbito de seus territórios, a competência concorrente e suplementar para a adoção ou manutenção de medidas restritivas durante a pandemia da Covid-19.

De outro modo, é analisada a decisão do ministro Alexandre de Moraes, do Supremo Tribunal Federal (STF), na Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) nº 6.357, do Distrito Federal, do dia 29 de março de 2020, para liberar o governo federal de cumprir artigos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), sendo esses relacionados,

especificamente, àqueles que preveem compensação orçamentária para os gastos extraordinários referentes ao combate da pandemia Covid – 19. A decisão estende os efeitos para todos os entes federativos que tenham decretado estado de calamidade pública ou emergência em decorrência da pandemia, o que, segundo a CNM - Confederação Nacional de Municípios – já foi declarado por cerca de 2.000 municípios.

Em nota conclusiva reafirma-se que os imensos desafios enfrentados pelos entes federados para a concretização da cooperação e gestão descentralizada, como é o caso do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo promissor e desafiador no contexto um federalismo trino e do conflito positivo de competências. O momento global de enfrentamento da pandemia da Covid 19 será para o Brasil um teste concreto para os limites e possibilidades de um federalismo que se dispõe cooperativo e garantidor de direitos fundamentais e, ao mesmo tempo, enfrenta dissintonias políticas e elevados déficits de financiamento das políticas públicas locais de saúde. A conferir.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. *Competências na Constituição de 1988*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- ARRETCHE, Federalismo. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima. (Org.) *Reforma Política no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, p.123-127, 2006.
- BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Descentralização do poder: federação e município. *Revista de informação legislativa*. v. 22. n. 85, p. 151-184, jan./mar., 1985.
- _____. *Teoria geral do federalismo*. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

- BASTOS, Celso Ribeiro. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1992.
- BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do Estado Federal Brasileiro*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.
- BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. *Emenda Constitucional n. 29*, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- BRASIL. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- BRASIL. *Lei complementar n. 141*, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.º 8.080, de 19 de

setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp1_41.htm>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672*, Distrito Federal, em 08 de abril de 2020c. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2020

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. *Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341*, de 24 de março de 2020a. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6341.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. *Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.357*, de 29 de março de 2020b. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6357MC.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. *Certidão de Julgamento - Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341*, de 15 de abril de 2020c. Disponível em: <<http://re-dir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5880765>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRITTO, Ayres. Supremo Tribunal Federal – a judicialização da crise, 2020. Disponível em:

- <https://online.fliphtml5.com/hhays/gmsj/?utm_campaign=Boletim+-+STF%3A+A+Judicializa%C3%A7%C3%A3o+da+Crise&utm_content=Boletim+-+STF%3A+A+Judicializa%C3%A7%C3%A3o+da+Crise+%281%29&utm_medium=email&utm_source=EmailMarketing&utm_term=Boletim+01>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- CAFFARATE, Viviane Machado. *Federalismo: uma análise sobre uma temática atual*. Jus Navigand, Teresina, v. 7, n. 59, s/p. out. 2002. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/3249/federalismo-uma-analise-sobre-sua-tematica-atual>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde: Lei n. 8.080/90 e 8.142/90*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.
- CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de Direito Administrativo*. 19. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- CASSEB, Paulo Adib. *Federalismo: aspectos contemporâneos. Coleção saber jurídico*. São Paulo: Juarez de Oliveira, 1999.
- CASTRO, José Nilo de. *Direito municipal positivo*. Belo Horizonte, Del Rey, 2001.
- CAVALHEIRO, Andressa Francaro. *Direito à saúde no Brasil: a estratégia saúde da família como possível mecanismo densificador*. Maringá: Humanitas Vivens, 2013.
- CLÈVE, Clémerson Merlin; BARROSO, Luís Roberto (org.). *Direito constitucional: organização do Estado*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. *Parecer Jurídico nº 001/2020*, de 30 de março de 2020a. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Parecer%20juri%CC%81dico%20-%20orientac%CC%A7o%CC%83es%20sobre%20compete%CC%82ncias%20municipais_v2.pdf>. Acesso

em: 11 abr. 2020.

- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. *Cerca de 2 mil Municípios decretaram calamidade ou emergência em saúde pública por causa da Covid-19, revela CNM*, de 08 de abril de 2020b. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/cerca-de-2-mil-municipios-decretaram-calamidade-ou-emergencia-em-saude-publica-por-causa-da-covid-19-revela-cnm>>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- CORAZZA, Ana Helena Scalco. *Os contratos de gestão e os termos de parceria firmados entre as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público e os municípios para a execução de serviços públicos de saúde: reflexões e propostas à luz da teoria da ação comunicativa*. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017.
- CORRALO, Giovani da Silva. *Curso de Direito Municipal*. São Paulo: Atlas, 2011.
- CORRALO, Giovani da Silva. O poder municipal na elaboração e execução de políticas públicas. 2012. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 116-130, jan/jun. 2012.
- COSTA, Nelson Nery. *Direito Municipal Brasileiro*. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2015.
- FERREIRA, Gustavo Sampaio Telles. *Federalismo constitucional e reforma federativa*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.
- FERREIRA, Wolgran Junqueira. *Comentário à Constituição de 1988*. Campinas: Lumen juris, 1989.
- GARELLI, Franco. Controle Social. IN: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Coords). *Dicionário de políticas*. 11. ed. v. I. Trad. Carmen C. Varriale et al. Brasília: EdUN, 1998.
- GIROLODO, Camila Nayara; BOSSOLI, Marlene Lempfer. *Autonomia municipal e federalismo fiscal brasileiro*.

- Revista de Direito Público*, Londrina, v. 7, n. 3, p. 3-20, set./dez. 2012.
- HESSE, Konrad. *Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha*. Trad. Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.
- HORTA, Raul Machado. *Estudos de Direito Constitucional*. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.
- HORTA, Raul Machado. *Direito constitucional*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.
- KELSEN, Hans. *Teoria geral do direito e do Estado*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- KRELL, Joachim Andreas. *Leis de normas gerais, regulamentação do Poder Executivo e cooperação intergovernamental em tempos de Reforma Federativa*. Belo Horizonte: Fórum, 2008.
- KRELL, Joachim Andreas. *O Município no Brasil e na Alemanha: Direito e Administração Pública comparados*. São Paulo: Oficina Municipal, 2003.
- LESBAUPIN, Ivo. *Poder local x exclusão social: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 2011.
- LIMA, Rogério de Araújo. Os artigos federalistas: a contribuição de James Madison, Alexander Hamilton e John Jay para o surgimento do federalismo no Brasil. *Revista de Informação Legislativa*. v.48. n.192. p. 125-136, out./dez., 2011.
- MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.
- MORAES, Alexandre de. *Direito constitucional*. 27. ed., rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2011.
- PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. *Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista*. Passo Fundo: UPF, 2003.
- PINTO, Élide Graziane. *Descompasso federativo no financiamento da saúde pública brasileira*, 2015. Disponível em:

- <<http://www.conjur.com.br/2015-abr-04/elida-pinto-descompassofederativo-financiamento-saude>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- PIRES, Maria Coeli Simões. Autonomia municipal no Estado Brasileiro. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v.36. n.142. p. 143-166, abr./jun. 1999.
- PUCCINELLI JR, André. *O federalismo cooperativo e a reserva do possível no âmbito da saúde, educação e saúde pública*. Tese (Curso de direito), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.
- REIS, Elcio Fonseca. *Federalismo Fiscal: competência concorrentes e normas gerais de Direito Tributário*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.
- REZENDE, Fernando. Federalismo fiscal: em busca de um novo modelo. In OLIVEIRA, Romualdo P. SANTANA, Wagner. *Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.
- RIBEIRO, Ricardo Lodi. Federalismo fiscal e reforma tributária. In: *Temas de Direito Constitucional Tributário*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.
- RIO GRANDE DO SUL. *Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) nº 0051666-35.2020.8.21.7000*, de 09 de abril de 2020. Disponível em: < [https://www.tjrs.jus.br /buscas/proc.html?tb=proc](https://www.tjrs.jus.br/buscas/proc.html?tb=proc)>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- ROSA, Roger dos Santos; et. al. *Fundos municipais de saúde: novos instrumentos de gestão*. Porto Alegre: Dacasa, 1999.
- SANTOS, Angela Penalva. Autonomia municipal no contexto federativo brasileiro. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*. Curitiba, n. 120, p. 209-230, jan./jun. 2011.
- SCHMIDT, João P. Políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. 2018. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez.

2018.

SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 31. ed., rev. e atual., São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2008.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia Política*. Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

TAVARES, André Ramos, *Curso de Direito Constitucional*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.