

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

PAULO CÉSAR MOREIRA FILHO

**POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS NO COMBATE AO
COVID- 19: um estudo do pacto federativo brasileiro e seus arranjos no combate à pandemia**

FRANCA

2023

PAULO CÉSAR MOREIRA FILHO

**POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS NO COMBATE AO
COVID- 19: um estudo do pacto federativo brasileiro e seus arranjos no combate à pandemia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Tutela e efetividade dos direitos da cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Regina Gasparetto Lunardi.

FRANCA

2023

M838p Moreira Filho, Paulo César
POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS NO
COMBATE AO COVID- 19 : um estudo do pacto federativo
brasileiro e seus arranjos no combate à pandemia / Paulo César
Moreira Filho. -- Franca, 2023
100 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Soraya Regina Gasparetto Lunardi

1. Consórcios públicos. 2. Covid-19. 3. Direito à saúde. 4. Saúde
pública. 5. Sistema federativo. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

PAULO CÉSAR MOREIRA FILHO

**POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS NO COMBATE AO
COVID- 19: um estudo do pacto federativo brasileiro e seus arranjos no combate à
pandemia.**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Direito.
Área de concentração: Tutela e efetividade dos direitos da cidadania.**

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Profa. Dra. Soraya Regina Gasparetto Lunardi

Universidade Estadual Paulista (UNESP)

1ºExaminador:

Prof. Dr. Daniel Damásio Borges

Universidade Estadual Paulista (UNESP)

2ºExaminador:

Profa. Dra. Tânia Lobo Muniz

Universidade Estadual de Londrina

Franca, 17 de abril de 2023.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de toda sabedoria e inspiração, por me conceder força e guiar meus passos durante esta jornada de mestrado. Sua presença constante em minha vida tem sido a base sólida sobre a qual construo meus sonhos e conquistas.

Agradeço, também, a minha família, que tem sido meu porto seguro e meu maior apoio ao longo de todo este caminho. Em especial, expresso minha gratidão a meu pai, Paulo César, cujo incentivo constante e sua sempre crença em meu potencial foram fundamentais para superar desafios e alcançar este momento tão importante. A minha mãe, Maria José, agradeço por sua dedicação incansável e amor incondicional. E a minha noiva Jani, agradeço por seu amor, paciência e compreensão durante as horas dedicadas a esta dissertação.

Gostaria de estender meus agradecimentos aos professores e colegas do programa de pós-graduação em Direito da Unesp, campus de Franca. A troca de conhecimentos e experiências proporcionada por eles enriqueceu minha formação acadêmica e contribuiu significativamente para o amadurecimento de minhas ideias.

Por fim, expresso minha profunda gratidão à Professora Soraya Regina Gasparetto Lunardi, minha orientadora, cujo apoio e orientação foram cruciais para a conclusão deste trabalho. Agradeço por sua paciência, incentivo e por compartilhar seus conhecimentos comigo ao longo deste percurso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, meu sincero agradecimento. Cada palavra de encorajamento, cada momento de compreensão e cada gesto de apoio foram fundamentais para que eu pudesse superar os obstáculos e alcançar este importante marco em minha trajetória acadêmica.

MOREIRA FILHO, Paulo César. **Políticas de cooperação entre municípios no combate ao COVID-19: um estudo do pacto federativo brasileiro e seus arranjos no combate à pandemia.** 2022. ... f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2023.

RESUMO

O combate à pandemia do COVID-19 tem exigido a adoção de políticas de cooperação entre municípios, em um contexto em que o pacto federativo brasileiro se caracteriza por conflitos federativos e incertezas quanto às competências legislativas em saúde pública. A gestão associada em saúde, destacadamente por meio de consórcios públicos, tem sido uma ferramenta importante nesse processo. A pandemia do COVID-19 evocou a importância da cooperação entre os diferentes níveis de governo e de articulação entre as diversas áreas da administração pública. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a competência dos municípios na organização e prestação de serviços de atenção básica à saúde, atribuindo aos estados a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde e pela coordenação regionalizada das ações e serviços de saúde, competindo à União a formulação de políticas de saúde e pela coordenação nacional do SUS. No entanto, a repartição constitucional de competências tem sido alvo de críticas, especialmente no contexto da pandemia do COVID-19, cujos problemas incluem a falta de articulação entre os diferentes níveis de governo, a carência de recursos financeiros e de infraestrutura e a sobrecarga dos serviços de saúde em municípios de menor porte. Nesse sentido, as políticas de gestão associada em saúde, como os consórcios públicos, constituem alternativas importantes para a superação dos desafios enfrentados pelos municípios no combate à COVID-19. Na área de saúde, os consórcios públicos permitem o incremento dos recursos financeiros e humanos, a redução de custos, o compartilhamento de tecnologias e a ampliação do acesso a serviços de saúde de qualidade, bem como a possibilidade de atuação em redes de serviços, com a definição de protocolos e fluxos de atendimento integrados. No entanto, os consórcios públicos enfrentam desafios, como a falta de cultura de cooperação entre os entes federativos, de recursos financeiros para a sua implementação e de coordenação das ações conjuntas. No contexto da pandemia do COVID-19, os consórcios públicos têm sido utilizados para a aquisição conjunta de insumos, medicamentos e equipamentos, além da coordenação das ações de vigilância epidemiológica e

da ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde. Desta forma, o trabalho ainda aborda a necessidade de definir com clareza as competências legislativas em saúde pública, função constitucional atribuída ao Supremo Tribunal Federal. Com esse fim, a metodologia empregada no trabalho de abordagem e análise dos dados é principalmente dedutiva, partindo de premissas gerais estabelecidas por estudiosos do Direito Público e da Ciência Política e, a partir das conclusões encontradas, verificando a adequação dessas teorias ao contexto, chegando a resultados específicos sob uma análise dos instrumentos de implantação coordenada de políticas públicas enquanto adotou-se o método dogmático-jurídico como diretriz principal da pesquisa, vez que o objeto do estudo centra-se nas disposições constitucionais e infraconstitucionais sobre a matéria.

Palavras-chave: Consórcios Públicos. COVID-19. Direito à Saúde. Saúde Pública. Sistema Federativo.

MOREIRA FILHO, Paulo Cesar. **Cooperation policies between municipalities in the fight against COVID-19: a study of the Brazilian federative pact and its arrangements in the fight against the pandemic.** 2022. ... f. Dissertation (Master in Law) – Faculty of Human and Social Sciences, São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2023.

ABSTRACT

The fight against the COVID-19 pandemic has required the adoption of cooperation policies among municipalities, in a context where the Brazilian federal pact is characterized by federal conflicts and uncertainties regarding legislative competences in public health. Associated health management, notably through public consortia, has been an important tool in this process. The COVID-19 pandemic has emphasized the importance of cooperation between the different levels of government and the articulation between the various areas of public administration. In Brazil, the Sistema Único de Saúde (SUS) establishes the competence of municipalities in the organization and provision of basic health care services, assigning to the states the responsibility for managing the health system and for coordinating the regionalized actions and health services, while the Union is responsible for formulating health policies and for the national coordination of SUS. However, the constitutional division of competences has been criticized, especially in the context of the COVID-19 pandemic, whose problems include the lack of coordination between the different levels of government, the shortage of financial resources and infrastructure, and the overload of health services in smaller municipalities. In this sense, associated health management policies, such as public consortia, constitute important alternatives for overcoming the challenges faced by municipalities in the fight against COVID-19. In the health sector, public consortia allow for the increase of financial and human resources, cost reduction, sharing of technologies, and expansion of access to quality health services, as well as the possibility of acting in service networks, with the definition of integrated protocols and service flows. However, public consortia face challenges, such as the lack of cooperation culture among federal entities, lack of financial resources for their implementation, and coordination of joint actions. In the context of the COVID-19 pandemic, public consortia have been used for joint procurement of inputs, medicines, and equipment, in addition to the coordination of epidemiological surveillance actions and the expansion of health service capacity. Thus, the paper also addresses the need to define legislative competences in public health with clarity, a constitutional function

attributed to the Supremo Tribunal Federal (Federal Supreme Court). With this aim, the methodology employed in the study of data analysis is mainly deductive, based on general premises established by scholars of public law and political science and, from the conclusions found, verifying the adequacy of these theories to the context, arriving at specific results under an analysis of the coordinated implementation instruments of public policies while adopting the legal-dogmatic method as the main guideline of the research, since the object of the study focuses on constitutional and infraconstitutional provisions on the subject.

Keywords: Public Associations. COVID-19. Right to Health. Public Health. Federal System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O PACTO FEDERATIVO BRASILEIRO.....	13
1.1 A criação do SUS.....	13
1.2 Federalismo brasileiro.....	19
1.3 Saúde: competências materiais e legislativas.....	25
CAPÍTULO 2. OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.1 Covid-19: agente etiológico e histórico.....	32
2.2 O colapso da saúde pública e os impactos da pandemia.....	37
2.3 A resposta imediata dos sistemas de saúde.....	43
2.4 STF: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6341.....	46
2.5 As distorções causadas pelas repartições de competências.....	50
CAPÍTULO 3. FEDERALISMO COOPERATIVO E CONSÓRCIOS PÚBLICOS.....	56
3.1 Federalismo cooperativo.....	56
3.2 Os consórcios públicos.....	57
3.3 Consórcios intermunicipais de saúde e especialidades médicas.....	68
3.4 Políticas de cooperação intergovernamental.....	70
3.5. Os Consórcios de saúde contra a pandemia de COVID-19.....	74
3.6 Consórcios intermunicipais de média e alta complexidade.....	77
3.7 Frente Nacional de Prefeitos e Consórcio Conectar.....	82
3.8 Novos arranjos federativos: proposta à saúde pública municipal.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	89

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, cujos sintomas desencadeiam quadro clínico variável - desde infecções assintomáticas até quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos – cerca de 80%; os outros 20%, em contrapartida, podem apresentar dificuldade respiratória que exija atendimento hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Dos casos mais graves, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória.

A doença, inicialmente restrita à região de Wuhan, na China, foi declarada pandemia mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020. A alta taxa de transmissibilidade, a necessidade de atendimento hospitalar, a ocupação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) e a necessidade de utilização de respiradores mecânico desafiaram os sistemas de saúde de todo o mundo.

O número alarmante de infectados e de pessoas que vieram a óbito forçou a saúde pública a adotar medidas sanitárias de combate à doença. Os Estados passaram a adotar medidas de isolamento social, testagem em massa, isolamento de viajantes e confinamento de pessoas em grupos de risco, como idosos, pessoas diabéticas, hipertensas, obesas, asmáticas, tuberculosas, entre outros.

A maneira como os Estados responderam à pandemia variou conforme a estruturação do sistema de saúde pública de cada país, bem como da própria organização de cada Estado – unitário ou federal. Os graus de autonomia financeira e administrativa, as competências de cada Estado, ente ou província e, até mesmo fatores como a imprensa livre e a transparência dos atos de governo influenciam a resposta ao cenário alarmante enfrentado internacionalmente após o ano de 2020.

Importa mencionar que embora a crise do COVID-19 seja de caráter sanitário, os prejuízos causados são sistêmicos e suas consequências podem ser sentidas nos âmbitos econômico e social, cujos impactos e extensão ainda não são plenamente conhecidos, mesmo três anos após o surgimento da doença. Em busca de eliminar ou minimizar os efeitos da pandemia, deve haver um esforço conjunto que envolva investimentos na área da saúde – construção e aparelhamento de hospitais, compra de testes confiáveis de detecção do vírus, pesquisas visando descobrir tratamentos e vacinas, auxílio direto para famílias e empresas, concessão de benefícios assistenciais e redução e anistia de tributos e prazos e medidas contingenciais das mais diversas.

O Brasil é um Estado Federal cujas competências legislativas e executórias estão distribuídas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios – os entes federativos. Devido à atualidade do problema, poucos trabalhos científicos debruçaram sobre os aspectos jurídicos relevantes do papel de cada um dos entes no combate à pandemia.

O certo é que medidas mais extensas demandariam esforços coletivos e articulados entre estes entes. Este estudo teve por objetivo analisar a responsabilidade dos entes federativos locais (os municípios) nesta resposta imediata à pandemia, bem como discutir os arranjos federativos de cooperação entre os entes, com ênfase na importância dos consórcios públicos.

O objetivo deste trabalho foi estudar o pacto federativo brasileiro observando suas distorções e dificuldades geradas no contexto da pandemia, mostrando os prejuízos acarretados na saúde pública no Brasil. Além disso, procurou analisar as políticas públicas coordenadas entre municípios que ocorreram a partir do estabelecimento de consórcios públicos e serviram como salvaguarda para a prevenção, controle e reparação dos danos provocados pelo COVID-19.

Do ponto de vista metodológico, adotou-se o método dogmático-jurídico como diretriz principal da pesquisa, vez que o objeto do estudo centra-se nas disposições constitucionais e infraconstitucionais sobre a matéria.

Os instrumentos utilizados para desenvolvimento do estudo foram, especialmente, a pesquisa bibliográfica, a interpretação da legislação aplicável, o levantamento de dados e estatísticas relacionadas, bem como análise de exemplos que venham a estimular a compreensão. Bases de dados disponíveis na internet como SciELO, RT Online e BVS foram exploradas para enriquecimento e atualização do trabalho.

O método principal de abordagem e análise dos dados será dedutivo, partindo de premissas gerais estabelecidas por estudiosos do Direito Público e da Ciência Política e, a partir das conclusões encontradas, verificando a adequação dessas teorias ao contexto pátrio, chegando a resultados específicos sob uma análise dos instrumentos de implantação coordenada de políticas públicas.

Estruturalmente, o trabalho foi dividido da seguinte forma: o primeiro capítulo tratou do direito à saúde e dos papéis constitucionais dos entes federativos na garantia a este direito, que é um direito fundamental de segunda geração e exige uma prestação positiva do Estado para que sejam efetivados.

O segundo capítulo tratou dos impactos da Covid-19 na saúde pública, abordando considerações iniciais da pandemia, suas características conceituais e etiológicas, o colapso da

saúde pública, impactos fiscais e as respostas sanitárias imediatas adotadas no contexto pandêmico.

Já no Capítulo 3, nos debruçamos sobre o pacto federativo brasileiro e suas distorções na área da saúde, analisando assimetria do federalismo brasileiro, o modelo de competências constitucionais da Carta Maior de 1988 e as implicações da repartição de competências tal como adotada. Também tratou sobre os consórcios públicos, analisando especificamente os consórcios de saúde na linha de frente contra a pandemia.

CAPÍTULO 1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O PACTO FEDERATIVO BRASILEIRO

1.1 A criação do SUS

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, estabelecendo, assim, a base para a criação do SUS, que teve como princípios a universalidade, integralidade e participação social (BRASIL, 1988). Tal reconhecimento constitucional da saúde foi resultado de longas lutas políticas e as ações da Reforma Sanitária Brasileira.

No direito brasileiro, a atenção dispensada à saúde mais básica essencial independe de idade, gênero, posição socioeconômica ou origem étnica. Problemas de saúde, por outro lado, podem impedir o bom desempenho das atividades cotidianas, como escola, trabalho, atendimento às responsabilidades familiares e participação plena nas atividades da comunidade.

Sendo assim, o Estado deve buscar efetivar o direito à saúde no plano social, mediante ações e políticas curativas e preventivas que permitam aos cidadãos o gozo de uma vida com o mais alto nível de qualidade possível. Da mesma forma que os demais direitos fundamentais, o direito à saúde apresenta uma dimensão positiva (direito à prestação) e uma dimensão negativa (direito de defesa). Assim, é impossível impedir o gozo do direito à saúde, bem como, exige-se que, em determinadas situações, busque-se efetivá-lo (HABER NETO, 2012).

Segundo Anacleto (2008, p. 47-48), o direito à saúde é parte fundamental dos direitos humanos e da compreensão de uma vida digna. O direito ao gozo de saúde física e mental do mais alto nível é debatido há pelo menos um século. Internacionalmente, no ano de 1946, o direito à saúde foi articulado na Constituição de 1946 da OMS, cujo preâmbulo definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, ampliando a noção anterior de constituir em quadro livre de doença ou enfermidade (OMS, 2020). Afirma ainda que o gozo do mais alto padrão de saúde alcançável é aquele dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 também mencionou a saúde como parte do direito a um nível de vida adequado (art. 25). O direito à saúde foi

novamente reconhecido como um direito humano no Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais Internacional de 1966 (ONU, 1948).

Desde então, outros tratados internacionais de direitos humanos passaram a reconhecer e referir-se ao direito à saúde e seus elementos primordiais, como o direito de acesso à cuidados médicos. De acordo com Anacleto (2008), o direito à saúde é relevante para todos os Estados: todos tem ratificado pelo menos um tratado internacional de direitos humanos que reconhece o direito à saúde. Além disso, os Estados se comprometeram a proteger este direito por meio de declarações internacionais, legislação e políticas internas, e em conferências internacionais.

Nos últimos anos, o direito à saúde tem ganhado relevância no cenário internacional. Como exemplo, os órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos, através da OMS e da Comissão de Direitos Humanos (atualmente substituído pelo Conselho de Direitos Humanos), criaram, em 2002, o mandato do Relator Especial sobre o direito de todos ao mais alto nível atingível de saúde física e mental. Essas iniciativas ajudaram a esclarecer a natureza do direito à saúde e como ele pode ser efetivado (THOMAZINE, 2020).

Ao lançar luz sobre o direito à saúde no âmbito internacional dos direitos humanos, há, atualmente, uma infinidade de iniciativas e propostas sobre o que pode ou deve ser o direito à saúde. Consequentemente, não se pretende fornecer uma lista exaustiva de questões relevantes ou identificar padrões específicos em relação a eles. No entanto, não é muito destacar que o direito à saúde é debatido internacionalmente, bem como as suas implicações para indivíduos e grupos específicos, e os Estados estão obrigados a respeitar este direito, observando e respeitando uma visão geral da responsabilidade nacional, regional e internacional e mecanismos de monitoramento (MOHN, 2010).

No Brasil, a criação do SUS resultou em mudanças profundas na organização e no financiamento dos serviços de saúde e introduziu novos mecanismos de governança e responsabilização para os níveis de gestão do sistema. Seus objetivos são identificar e divulgar as condições e determinantes da saúde; formular políticas de saúde para promover os campos econômico e social, reduzindo o risco de danos à saúde; e realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando cuidados e medidas preventivas (SILVA et al., 2014). Ainda, estudos epidemiológicos públicos sobre as condições e fatores de saúde, como trabalho, salário, alimentação, moradia, meio ambiente, saneamento, educação, lazer e acesso a bens e serviços essenciais devem ser realizados e publicados com frequência.

O setor de saúde tem responsabilidade exclusiva de atender a demanda dos mais pobres em relação à saúde, evidenciando a identificação e revelação das causas das doenças,

bem como seus condicionamentos e determinantes. Deve, portanto, criar políticas de saúde no campo econômico e social para promover o acesso à saúde para toda a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Nesse sentido, dispõe a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

O SUS deve ter como foco as atividades de assistência às pessoas, incluindo promoção, proteção e reabilitação da saúde. O Glossário do Ministério da Saúde conceitua promoção da saúde da seguinte maneira:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, 1986, p. 01).

Ademais, ainda segundo a Carta de Ottawa, celebrado pelo governo brasileiro na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a promoção da saúde deve abranger uma noção para além da teoria:

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências [sic] que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade [sic] em saúde, distribuição mais eqüitativa [sic] da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis

nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar (WHO, 1986).

De forma mais ampla, conceitua-se promoção da saúde como o tratamento de doenças causadas pela participação ativa das pessoas, enquanto sujeitos e agentes de suas próprias vidas e saúde. A proteção da saúde é a área da medicina que trata dos riscos de doenças: vacinas, exames preventivos, flúor na água, combinação com a escovação e outras formas diretas, por exemplo. Já a recuperação da saúde inclui os cuidados com as pessoas que já estão doentes ou que foram expostas a todo e qualquer problema de saúde – é o aspecto mais aparente da prestação de cuidados de saúde.

A proposta de um esforço coletivo da União na criação de um sistema de saúde pública é consolidada com a criação do SUS.

A saúde pública é e sempre foi um imenso desafio para os governos do mundo, sendo uma questão complicada mesmo em países desenvolvidos. Construir um modelo que tenha o potencial de garantir a qualidade do atendimento e que ao mesmo tempo seja pouco oneroso ao contribuinte, é obstáculo extremamente desafiador.

No geral, os sistemas de saúde são recentes na história, sendo consolidados em meados do século XX. Desenvolveram-se em decorrência do crescimento da participação dos Estados no controle de mecanismos que afetavam tanto a saúde quanto o bem-estar das populações e dificultava o desenvolvimento das nações. A partir daí, os problemas relativos à saúde dos indivíduos tornaram-se preocupação em todas as nações (ALCANTARA, 2017).

A Constituição Federal, em seu artigo 196 – modificado pela Lei Orgânica do SUS, em 1990 – prevê a obrigatoriedade do Estado na promoção do acesso às tecnologias de saúde. Atualmente, a proposta acaba assumindo contornos de realidade devido a inspiração que teve no manifesto proposto por Hésio Albuquerque Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães, ainda em 1976. Na carta, propunham “a questão democrática na área da saúde”, defendendo que defendia a saúde pública é universal, criticando as privatizações na área, tais como promovidas pelos militares, que constituíam uma “[...] política governamental privatizante, concentradora e antipopular” (D’AVILLA, 2020).

O Sistema Único de Saúde, que entrou em vigor no ano de 1990, é referência de modelo de saúde pública, reconhecido no mundo inteiro. Na época, substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, além de antigo e antiquado, ainda era envolvido em inúmeros escândalos de corrupção, promovendo um escasso, excludente e seletivo acesso à saúde.

O SUS é constituído pela União, Estados e Municípios, todos responsáveis por patrocinar financeiramente o sistema, com parcelas de responsabilidade de ações divididas – atividades preventivas, curativas e procedimentos complexos de saúde. Entende-se que o SUS é pela Lei 8.080/1990 e sustentado juridicamente em pilares de importância basilar para o programa, a saber: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Em suma, é regido pelo princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Deve, também, preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

A integralidade do sistema é prevista enquanto acesso completo a todo tipo de atendimento e procedimento, sem as limitações que ocorrem no plano de saúde, por exemplo, que cobre apenas determinados procedimentos de acordo com o tipo de plano do segurado. No caso do SUS, a cobertura seria completa a todos os brasileiros, que teriam acesso a todo tipo de serviço prestados pelo programa.

Por fim, a noção de equidade significa criar um sistema que promova a igualdade, através de programas para que o atendimento seja direcionado ao público de acordo com suas necessidades. De sorte, em uma comunidade carente de recursos financeiros, o SUS fornece também medicamentos e serviços direcionados a este público.

Assim, resumidamente, o SUS se efetiva como um exemplo de modelo de saúde universal que se faz possível apenas dentro do âmbito federalista, cuja organização e administração atribui competências à União, que cria normas de caráter geral direcionadas aos Estados e aos Municípios que, por sua vez, podem deliberar normas de forma complementar, para atendimento de necessidades e demandas específicas de seus respectivos territórios.

Porém, evidenciam-se várias fragilidades no sistema relacionadas à disponibilidade limitada de serviços em algumas regiões do País, inadequado sistema de atenção primária em saúde e excesso de centralização.

Apesar disso, nos últimos 20 anos, o SUS foi alvo de diversos avanços e inovações institucionais, incluindo uma descentralização substancial que concedeu maior responsabilidade e autonomia aos municípios na gestão de serviços de saúde, fornecendo meios pelos quais os entes poderiam potencializar e formalizar a participação social em saúde,

formulação de políticas e responsabilidades (SILVA, 2005). O sistema proporcionou acesso à saúde a uma proporção substancial da população brasileira, alcançando cobertura universal de vacinação e de atendimento pré-natal, promovendo maior conscientização pública sobre a saúde como um direito do cidadão, e investindo na expansão de recursos humanos e tecnologia, incluindo produção da maioria das necessidades farmacêuticas do país. O sistema tornou-se referência mundial.

A Constituição Federal de 1988 garantiu maiores investimentos para o SUS, confirma D’Avila (2020). Mesmo em se tratando de saúde pública, os financiamentos da União aumentaram de R\$ 9,5 bilhões para R\$ 18 bilhões, durante os anos de 1988 a 2000. No último ano do primeiro período do SUS, os valores destinados ao financiamento do SUS foram de R\$ 15 bilhões; já em 1989, primeiro ano sob a égide do novo direito constitucional, os valores já haviam superaram R\$ 16,2 bilhões.

Os investimentos também aumentaram no período de 2006 a 2015 – após a entrada em vigor do Pacto pela Saúde (THOMAZINE, 2020). Mesmo com maiores valores destinados ao SUS, muitos parâmetros assistenciais do sistema não foram atingiram o nível significativo de 5 e 10%. Ao comparar a dinâmica dos gastos públicos brasileiros nas áreas da Seguridade Social, foi percebido que houve, a partir de 1988, uma melhoria em relação ao investimento na saúde nos países da América do Sul. Assim, mesmo que parte dos coeficientes não tenham permanecido estatisticamente significativos, é possível afirmar que o Brasil guinou os gastos públicos com saúde após a Constituição de 1988. (SILVA et al., 2014).

Porém, é necessário que nos indaguemos sobre a eficiência dos gastos com a saúde: de que forma o aumento dos investimentos é capaz de maximizar a utilidade dos disponíveis recursos humanos e financeiros, equipamentos disponíveis ao SUS etc. Segundo Mohn (2010), uma comparação entre a prestação tradicional de serviços de saúde pública em relação às Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos permite identificar os custos financeiros e maximizar a utilização dos serviços prestados, considerando a adaptação das relações de trabalho à conjuntura.

Desde seu início observam-se esforços governamentais no sentido de expandir o sistema e dirimir disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde (GRAGNOLATI, LINDELOW e COUTTOLENC, 2013). Não obstante os reconhecimentos e méritos do SUS, o sistema de saúde está em fase de contínuo desenvolvimento e ainda luta para alcançar uma cobertura equitativa (D’AVILA, 2020). Com o aumento do setor privado de compartilhamento, a maior interação entre os setores públicos e privados está criando

contradições e injusta competição, com ideologias e objetivos conflitantes. Um exemplo são as noções divergentes entre o acesso universal à saúde versus a segmentação do mercado. Este conflito tem um efeito negativo sobre a equidade de acesso aos cuidados de saúde, influenciando negativamente os resultados do SUS.

Embora o financiamento federal tenha aumentado em cerca de quatro vezes desde o início da década passada, a participação dos setores de saúde no orçamento federal não cresceu significativamente, o que resulta em restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos (THOMAZINE, 2020). Outros desafios surgiram a partir das mudanças nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, passando a exigir uma transição de modelo de cuidados intensivos para um baseado na saúde intersetorial – a promoção e integração dos serviços de saúde (D’AVILA, 2020).

Em última análise, para superar os obstáculos que o sistema de saúde do Brasil enfrenta, a OMS (2020) sugere uma estrutura financeira revisada e uma reavaliação completa das relações público-privadas. O maior desafio do SUS, no entendimento de D’Avila (2020), é político.

Questões como o financiamento e a composição da mistura público-privado, bem como as desigualdades persistentes do país, não podem buscar soluções apenas na esfera técnica. As bases normativas do SUS foram estabelecidas e não foram poucas as lições aprendidas desde a sua implementação; agora, os esforços devem ser depreendidos na intenção de garantir o caráter político, econômico e científico, bem como a sustentabilidade tecnológica deste sistema.

Nesse sentido, ganham relevância as pesquisas que se destinam a análise e compreensão do direito à saúde e seus fenômenos. Especialmente após a situação da pandemia do COVID-19, a importância deste tipo de colaboração científica se faz ainda maior.

1.2 Federalismo brasileiro

O federalismo é uma forma de partilhar o poder do Estado dentre vários entes num determinado território. Possui um forte componente democrático. Surgiu na experiência histórica das antigas Colônias Inglesas da América do Norte e foi adotado na primeira Constituição Brasileira da República de 1889 (ANACLETO, 2008, p. 01).

No Brasil, com o objetivo de se construir um país democrático lograram-se esforços para a construção de uma república federalista, após sua proclamação, em 15 de

novembro de 1889. Nessa empreitada, as províncias do Estado imperial foram sucedidas pelos estados, entes federativos autônomos, com inspiração no modelo dos Estados Unidos da América. Descentralizar o poder mediante aumento da autonomia dos estados era uma medida eficaz para manter a unidade de um país de grandes escalas geográficas e demasiadamente diversificado, no qual uma proposta cultural e étnica única não abraçaria a todos enquanto nação.

O advento do federalismo sucedendo o Estado Unitário tem um caráter essencialmente democrático, em face da repartição do poder estatal entre os diversos representantes eleitos nos diversos entes federais com a finalidade de melhor atender os anseios da população (ANACLETO, 2008, p. 24).

Portanto, o federalismo surge com a proposta de tornar democrática a relação entre os estados e a capital do país. Especialmente no Brasil, o modelo federal foi escolhido como tentativa de garantir a unidade de um imenso país, preservando todas as suas especificidades regionais. Uma preocupação constante na mente dos estadistas brasileiros desde a independência: manter coeso este gigantesco baú de culturas diversas.

Não somente buscava-se garantir a soberania do país como um todo, considerando que “no federalismo, os estados federados são autônomos, mas não podem ser soberanos” (THOMAZINE, 2020, p. 01).

Apresentando forte inspiração do modelo Federalista adotado pelos Estados Unidos após sua independência, ainda no século XVIII, o federalismo que se formou no Brasil tenta manter a unidade da nação ao mesmo tempo em que confere certo nível de liberdade aos seus estados participantes.

O federalismo no Brasil foi adotado com o advento do movimento republicano por influência e determinação de Ruy Barbosa, que, sob os auspícios do sistema adotado nos Estados Unidos da América, transpôs para os primeiros atos normativos dos vencedores e posteriormente para a constituição republicana aquele modelo de Estado, dissociado da experiência histórica vivenciada nas terras do norte (ANACLETO, 2008, p. 31).

Entretanto, muitos estudiosos criticam a adoção de um modelo federalista empregado nos Estados Unidos, sem que o Brasil tenha passado pelas experiências geradoras deste modelo, acabando por funcionar como importação artificial dos conceitos deste país que, apesar de vizinho, passou por um processo de colonização muito diferente. Portanto, os ideais deste modelo importado não conversam necessariamente com as individualidades e necessidades do Brasil (ANACLETO, 2008, p. 31). Possivelmente em virtude disso, ocorreu uma manifestação de "liberdade criativa" na interpretação das regulamentações brasileiras e

até mesmo na Constituição de 1988, na qual se pode observar a existência de um "federalismo assimétrico".

Ainda assim, o federalismo guarda mais relação com o sistema democrático, em comparação com o modelo unitário de Estado. Isso pois, em um Estado unitário, os comandos e atribuições partem integralmente de um governo centralizador, edificado ao redor da capital do país. Embora ter sido muito comum durante a formação dos Estados Nacionais na Europa do século XIX, o unitarismo é cada vez mais raro pelo imenso grau de compatibilidade do modelo com o autoritarismo (THOMAZINE, 2020).

O modelo de estado federalista também é mais centralizador quando comparado com as confederações. Nestas, cada estado confederado tem sua completa autonomia e a autoridade é totalmente descentralizada. Com isso, seus estados membros gozam de tamanha liberdade que chegam ao ponto de assumirem completa permissão para se dissociar da capital, rompendo com a confederação, sem que este ato se torne uma infração das leis da própria confederação (THOMAZINE, 2020). O modelo confederado na sociedade moderna é praticamente inexistente devido à imensa dificuldade, com a adoção deste modelo, em se manter a unidade necessária para a manutenção do Estado.

As considerações trazidas sobre os regimes unitarista e confederalista nos permite argumentar sobre a superioridade do regime federalista, uma vez que logra ser democrático o suficiente e possuir maior potencial de garantir a unidade do país de maneira justa. Não coincidentemente, o federalismo é hoje uma das formas de Estado mais comum do mundo, e é adotado por países como os Estados Unidos da América, Alemanha, Argentina, Austrália, México, Rússia, Suíça, Venezuela e Brasil. Cada um destes países ostenta uma própria percepção do federalismo, adotando regras e leis específicas que representam sua própria realidade ética e cultural e que melhor atendem as necessidades e tradições de seu povo.

No Brasil moderno, o federalismo é previsto na Constituição de 1988, especificamente em seu artigo 18, onde é proposta a explicação sobre os entes da federação, nos seguintes termos: "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). Depreende-se do dispositivo, portanto, que o Brasil é o Estado soberano, enquanto seus estados possuem certo nível de autonomia que não ultrapassam os princípios da unidade da federação e seus basilares. De acordo com uma perspectiva didática, o Brasil exerce plena autonomia em suas decisões e os estados brasileiros realizam todas as ações permitidas pela estrutura federativa do país, sendo vetado, por exemplo, o ato de abdicar do pacto composto pelos estados da federação brasileira. A esta

altura é preciso compreender o sentido dos conceitos de “federalismo assimétrico” e de “federalismo simétrico” que servem de base à compreensão dos aspectos próprios deste estudo.

A proposta do federalismo simétrico prevê uma divisão igualitária das competências e receitas entre os entes e a federação. Um compartilhamento que deveria – a título de consonância e equidade – ser promovido de maneira unitária, isonômica e homogênea (RAMOS, 2000), garantindo a todos os direitos previstos para um país na busca por igualdade, verdade e justiça. Reside, portanto, em uma estratégia para garantir a colaboração e unidade dos entes de uma federação. Em outras palavras, o federalismo simétrico corresponde à concórdia e equidade nas relações entre os estados- membros do pacto federativo.

Dentro do pensamento do federalismo simétrico tal como proposto, afere-se que a Constituição Federal brasileira mede, desde o princípio, a repartição das atribuições e competências, de forma a evitar a concessão de privilégios. Por consequência, é através do ordenamento jurídico nacional e dos ordenamentos jurídicos parciais – definidos pela União, os estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios – possuem como fundamento a noção de repartição dos poderes.

Sendo assim, um país democrático não pode ser compreendido de outra forma que não através da ótica da coletividade de seus estados-membros, cada um com suas culturas, necessidades e propósitos diferentes e que abdicam de parte da sua autonomia em prol de unir-se ao redor de um pacto que constrói a federação.

O ideal no sistema federal simétrico é que cada Estado mantenha, essencialmente, o mesmo relacionamento para com a autoridade central; a divisão de poderes entre os governos centrais e dos estados seja virtualmente a mesma base para cada componente político e o suporte das atividades do governo central seja igualmente distribuído (RAMOS, 2000, p. 62). A efetivação do pacto federalista depende da atuação de um governo central que disponha de mecanismos igualitários de tratamento cada Estado-membro, ou seja, de forma simétrica. Assim, aos entes são concedidos e impostos, recursos, capacidades de barganha e obrigações iguais.

Enquanto aquilo que se faz proposto pelo federalismo simétrico é a igualdade das relações entre o governo central e os estados-membros, o modelo assimétrico do federalismo adota uma percepção de que esta igualdade não pode sempre ser observada nas relações das políticas federalistas. Nesse sentido, denuncia que a promoção de uma igualdade formal

contribui para a existência de anomalias que desequilibram a equidade, que deveria ser o propósito da federação.

Logo, o federalismo assimétrico decorre da distribuição desigual de competências e leis entre os entes da federação. Em outras palavras, o modelo simétrico acaba por negligenciar a noção de equidade, evidenciando a de igualdade entre os entes federativos. Os críticos do federalismo assimétrico entendem que a distribuição desigual de competências consiste em verdadeira hierarquia entre os entes, o que seria uma deturpação do pacto federativo.

O federalismo anômalo advirá sempre de deformações e de abuso no funcionamento das instituições, operando mutações na concepção constitucional. O federalismo assimétrico não deixa de ser forma anômala, se confrontado com o federalismo simétrico. (...) As normas assimétricas, embora de incidência parcial, podem alterar profundamente a estrutura do federalismo simétrico (HORTA, 2002. p. 14).

Ao que pode aferir ser o federalismo assimétrico uma deformação evidente das relações entre estados-membros e governo central. Seus críticos percebem isso como um abuso de autoridade capaz de criar um estado de privilégios no qual a democracia é suplantada em função de interesses pessoais daqueles que detêm o poder – que deveria ser público.

Nessa percepção, o federalismo assimétrico também não surge apenas de uma anomalia na interpretação da lei ou de um simples modelo de corrupção. Ele vai além e serve de confrontação direta a toda proposta igualitária que norteia as bases do pacto federalista, eximindo sua simetria. Isso acontece porque nem todo federalismo assimétrico se faz pela corrupção. Existe uma noção de ética que norteia algumas das suas normas. Acontece que em um país continental como o Brasil podemos supor a existência de desigualdades substanciais entre seus entes. Essas diferenças não podem ser sanadas se forem planejadas de maneira igualitária para a toda a federação. Como exemplo, um estado como o Rio Grande do Sul possui problemas e necessidades totalmente diferentes das do Rio Grande do Norte.

Assim, a adoção de traços assimétricos é de fundamental importância para manter a subsistência de algumas Federações que, antes, sofriam com a ingovernabilidade decorrente de sérios dissídios internos. Ademais, o federalismo assimétrico apresenta-se como uma oportunidade para o contínuo aperfeiçoamento de laços associativos entre as partes federadas, estabelecendo relações intergovernamentais relevantes para a gerantida da eficiência na prestação dos serviços públicos complexos. Dessa forma, as assimetrias são responsáveis pela

coesão estatal e eficiências dos governos onde há presença de diversidade territorial (OLIVEIRA, 2010).

A adoção de normas federalistas assimétricas permite, portanto, atender às especificidades das demandas divergentes das regiões de um país federal. Assim, o federalismo assimétrico tem como objetivo uma proposta de distribuição diferenciada de competências, com o objetivo de atender necessidades locais para, desta forma, equilibrar as diferenças entre os estados, que não dispõem sempre das mesmas carências (HORTA, 2002).

Nesse viés, o federalismo assimétrico não consiste, portanto, em um simplório rompimento do pacto federativo. Muito pelo contrário, possui como intenção promover uma igualdade material e não apenas formal entre os estados-membros – a equidade. O suposto equilíbrio entre as necessidades dos estados, aspecto basilar do federalismo simétrico, acaba correspondendo a uma visão não igualitária e até mesmo antidemocrática, ao negar a existência de diferenças entre as demandas regionais.

Mesmo mantendo a federação brasileira, a Constituição Federal de 1988 fez uso de normas do federalismo assimétrico com o objetivo de solucionar problemas regionais. Adotou, portanto, um viés revolucionário da proposta de federalismo, uma vez que, além de estabelecer as bases para a retomada da democracia no Brasil após um longo período de ditadura militar, também se dedicou à melhoria na repartição das competências dos entes federados. Ao propor os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a nossa Carta Magna aponta para o dever de acabar com as “desigualdades sociais e regionais”, o que seria impossível sem incorrer à aplicação do federalismo assimétrico. Destaca-se

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I – construir uma sociedade livre, justa e solidária; II – garantir o desenvolvimento nacional; III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988), grifo nosso.

Importante lembrar que existe um segundo exemplo, nem sempre evidente, da presença do federalismo assimétrico no Brasil. A referência aparece no artigo 18 da atual Constituição Federal, no qual se estabelece a organização político-administrativa do Estado brasileiro. Vejamos

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 (...). 4º A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período

determinado por lei complementar federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei. (BRASIL, 1988).

A própria participação dos municípios na composição do Estado brasileiro, como previsto pelo artigo acima, é uma evidência da assimetria do federalismo pátrio, considerando que o federalismo tradicional, embora aceite os estados como membros da federação, não faz o mesmo com os municípios.

A respeito disso, Anacleto (2008) adverte que a existência do federalismo como um pacto entre estados-membros exige que todos sejam tratados com igualdade. Contudo, observamos a necessidade de programas que busquem na assimetria uma forma de manter a própria igualdade entre estes estados, na busca por equiparar suas necessidades específicas.

Propõe-se a seguinte reflexão: não existiria, no Brasil, qualquer pacto federativo simétrico sem a adoção de algumas das propostas do federalismo assimétrico. O cumprimento dos objetivos fundamentais da própria República Federativa do Brasil exige uma aplicação dos instrumentos típicos do federalismo assimétrico. Em outras palavras, parece lícito propor que, para garantir a existência do pacto federativo, é legítima a sua flexibilização, em nome das demandas específicas de cada região do Brasil.

Como delineado, o princípio mais importante de um federalismo assimétrico é a atribuição equitativa e transparente das competências entre o governo central e os estados-membros da federação. Sem esta gestão do modelo de competências, seria impossível atribuir autonomia aos estados-membros e a descentralização de poder que concede a autoridade necessária à existência de uma federação.

Afere-se, portanto, que “o federalismo demanda uma divisão do poder, principalmente entre o ente central (União) e os estados-membros, mas também com os municípios” (MOHN, 2010, p. 215). Em outras palavras, o federalismo exige a capacidade de delegar e demandar o poder às autoridades dos demais entes da federação. No âmbito do SUS, por exemplo, uma prática democrática e federalista, como já prevista na Constituição Federal de 1988, é fundamental para a eficácia do direito à saúde pública.

1.3 Saúde: competências materiais e legislativas

O atual texto constitucional apresenta as repartições de competência entre a União e os estados, elencando as funções de cada ente da federação nos mais diversos setores – vide

artigos 21 a 24 da Constituição Federal de 1988. Atribui-se à União legislar sobre matérias, objetivos e ações de interesses de âmbito nacional, enquanto aos estados e municípios cabem a regulamentação daquilo que é pertinente aos interesses regionais e locais, respectivamente (BARACHO e LIMA, 2010).

Na percepção federalista, a descentralização do poder busca que haja sua distribuição entre todos os órgãos que compõem a federação, de forma que a própria definição de “poderes e competências” precisa ser repensada. Neste viés, entende-se que o poder seria: “a porção de matérias que a Constituição distribui entre as entidades autônomas e que passam a compor seu campo de atuação governamental, suas áreas de competência (...) a esfera delimitada de poder que se outorga a um órgão ou entidade estatal, mediante a especificação de matérias sobre as quais se exerce o poder de governo” (SILVA, 2005, p. 494).

Em outros termos, o poder é definido como a capacidade de gerenciar competências, outorgar atribuições, definir tarefas e ter a autoridade para exercer essas tarefas dentro dos limites da lei. Portanto, os poderes são repartidos de forma a atribuir competências específicas a cada ente e órgão. Esta delegação de poderes é fundamental ao pacto federativo e pode elucidar os níveis democráticos de um governo, uma vez que “a decisão a respeito da repartição de competências condiciona a fisionomia do Estado federal, para determinar os graus de centralização e de descentralização do poder federal” (HORTA, 2002. p. 308).

A ideia de um governo centralizador que não aprecia a divisão de autoridades não se faz desejável em um regime federalista, cujo cerne está na disposição de uma gestão equitativa e justa da repartição de poderes e competências. No federalismo brasileiro, os poderes do governo são distribuídos entre a União, os Estados e os Municípios e são classificadas em dois grupos importantes: competências materiais e competências legislativas.

As competências materiais referem-se à administração dos recursos, visando colocar em ação as prerrogativas previstas pelas leis constitucionais e infraconstitucionais, objetivando atender às necessidades e interesses da nação de forma clara – no presente trabalho, especialmente no que tange à saúde pública.

A competência administrativa para cuidar da Saúde Pública (...) tanto a União quanto os Estados, Distrito Federal e Municípios têm esse dever imposto pela Lei Magna. Logicamente, para que não haja conflito entre as diversas atuações, suas condutas devem pautar-se pelo princípio da predominância do interesse, ou seja, quando existir o interesse geral, a competência a prevalecer será da União; diferentemente, o interesse regional, fará prevalecer o Estado, e, conseqüentemente, o interesse local, o Município (MORAES; MORAIS, ALVES, 2015, p. 01).

O princípio da predominância do interesse desempenha um papel crucial na resolução de conflitos de competência entre União, estados e municípios na Federação brasileira. Em um sistema federativo, em que diferentes entes possuem esferas de atuação definidas, é comum surgirem questões relativas à delimitação de competências e à sobreposição de interesses.

Nesses casos, o princípio da predominância do interesse atua como um critério orientador para a solução dos conflitos.

Nesse sentido, a promoção do princípio da predominância do interesse tem como intuito a de garantir que não ocorra conflitos de agenda entre os estados, Municípios e Distrito Federal, promovendo uma atuação homogênea do pacto federativo na gestão das atribuições materiais do governo, evitando desgastes dos recursos.

Já as competências legislativas são os poderes atribuídos aos entes para que regulem certas atividades que atendam suas necessidades específicas, de interesse regional ou local, através da expedição de normas (BARACHO e LIMA, 2010). Nesse diapasão:

Em relação à competência legislativa, a Constituição Federal disciplinou de forma mais cuidadosa. (...) compete à União legislar sobre normas gerais protetivas da saúde pública, enquanto aos estados e Distrito Federal compete a complementação dessas normas. Nem os estados/Distrito Federal poderão invadir a disciplina sobre normas gerais nem a União poderá editar normas por demais específicas, sob pena de inconstitucionalidade por desrespeito à divisão de competências concorrentes feita pela Constituição Federal (MORAES, 2015, p. 01).

Argumenta-se que as competências legislativas são atribuídas de maneira que haja um tipo de suporte aos estados, através da criação de normas que complementem às da União, e aos Municípios, complementando a legislação estatal quando esta não for capaz de atender plenamente às suas demandas locais. Essa distribuição reside, portanto, em um planejamento mais orgânico e que impede a competição entre os entes no que diz respeito à criação de normas e regulação de matérias.

a) União

Especialmente em relação ao direito à saúde, a Constituição Federal estabelece: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras

de deficiência” (BRASIL, 1988). Trata-se, portanto, de competência comum, chamada também de competência administrativa, atribuída a todos os entes federativos.

Nas palavras do ministro do Supremo Tribunal Federal, Alexandre de Moraes: “determina a Constituição competir à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente, dentre outras importantes matérias, sobre defesa da saúde” (MORAIS, 2015, p. 12). A previsão enquanto competência comum acusa a necessidade da União em organizar a administração da saúde de maneira a impor um empenho comum que possa promover o acesso, qualidade e disposição da saúde em todo o território nacional, regiões e locais.

Nesse sentido, é dever da União gerir e elaborar um sistema de saúde que atenda às necessidades de toda a população brasileira. Nos termos da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS), que regula as ações e serviços de saúde no território nacional:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

A gestão da saúde cabe, portanto, à União, que deve elaborar a regulamentação da administração nacional da saúde pública. Reserva-se, no entanto, aos Estados e Municípios, que complementem este comando da União de acordo com suas necessidades específicas.

b) Estados

Como mencionado, a principal função administrativa da União relativa à saúde diz respeito ao planejamento dos recursos destinados a programas sanitários do SUS, articulando recursos e estratégias que permitem que os Estados e Municípios organizem suas ações para a manutenção da saúde pública de acordo com suas necessidades locais. Consequência do compartilhamento das competências administrativas do SUS pelos entes da federação, a Lei Orgânica do SUS estabelece:

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: de controle das agressões ao meio ambiente; de saneamento básico; e relativas às condições e aos ambientes de trabalho (BRASIL, 1990).

Portanto, as normas gerais emanadas da União possuem o objetivo de manter coeso o aspecto democrático necessário à manutenção do pacto federalista do Brasil. Nesse sentido, resguarda-se aos Estados e Distrito Federal as atribuições de ações “pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”. Aos entes cabe, portanto, planejamentos complementares e consonantes à administração da União, com o intuito de expandir estes recursos para atender a demanda da população.

Assim como a União, o Estado possui as competências administrativas na gestão da saúde pública precisamente delineadas. No que se refere ao SUS, a Lei nº 8.080/1990 determina que o Estado possui uma competência suplementar à demanda da União. Além disso, é prevista a sua atuação como organizador e fiscal naquilo demandado pelos Municípios; em um sentido pragmático, o Estado funciona como uma espécie de intermediário, ou mesmo mediador, entre o planejamento dos Municípios e a efetividade local. Nos ditames da lei:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, o disposto não excede os limites impostos pela Constituição Federal no que diz respeito à competência comum a todos os entes da federação no cuidado para com a saúde pública. Portanto, a intermediação do Estado tal como previsto não abrange a competência municipal de legislar em favor da saúde pública. O Estado auxilia a coordenação pacífica e efetiva entre os entes, apenas. Vejamos a explicação de Moraes (2015):

A competência do Estado-membro ou do Distrito Federal refere-se às normas específicas, detalhes, minúcias (competência suplementar). Assim, uma vez editadas as normas gerais pela União, as normas estaduais deverão ser particularizantes, no sentido de adaptação de princípios, bases, diretrizes a peculiaridades regionais (competência complementar); não haverá possibilidade de delegação, por parte da União, aos Estados-membros e Distrito Federal, das matérias elencadas no artigo 24 da Constituição; [...]

O artigo 198 da atual Constituição Federal prevê também aos Estados a função de regular e controlar os serviços de saúde públicas, bem como dos serviços privados prestados no âmbito de seu território, desde que em cumprimento às normas gerais editadas pela União. Buscando homogeneizar a atuação entre os entes da federação, o Estado assume o caráter

estratégico acerca dos recursos e planejamentos de seus Municípios, sempre de maneira suplementar e respeitando os limites das competências exclusivas e privativas da União.

c) Municípios

A lógica da proposta brasileira da federação é a de que o todo não entende as necessidades e interesses locais de suas partes integrantes. Em outras palavras, não tem como a União tomar ciência das diferentes demandas de cada um dos Estados, assim como os Estados não podem atender as carências e necessidades de cada pequeno um de seus pequenos Municípios.

Como exemplo, imagine o quão ilógico seria supor que um presidente nascido no estado do Rio Grande do Sul, residindo atualmente em Brasília, Distrito Federal, teria percepção de cada um dos aspectos culturais, problemas e município de São Gonçalo do Amarante, localizado no estado do Rio Grande do Norte. O exercício nos permite entender a dificuldade enfrentada pelos entes “maiores” na identificação de todas as demandas específicas e regionais de um país como o Brasil – cujo território é o quinto maior do mundo, com quatro fusos horários, seis domínios climáticos e uma das maiores populações do mundo.

Portanto, necessária a concessão de autonomia para que os entes locais estabeleçam sua própria percepção daquilo que importa à manutenção da saúde pública regional, considerando as dificuldades e necessidades mais específicas de sua população. Nesse contexto, cabe a cada Município organizar e administrar a demanda que foi estabelecida pelos seus Estados e pela União, vez que necessidades locais geralmente são mais bem compreendidas internamente:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual (BRASIL, 1990).

Sendo assim, os Municípios assumem a primazia da aplicação dos programas de saúde em suas respectivas localidades, com a função de planejar a melhor maneira de gerir a saúde, adotar os programas de saúde mais compatíveis com as demandas locais, controlar os recursos destinados a estes programas, julgar a efetividade destas ações de acordo com suas

necessidades. A competência de cada Município, por óbvio, não excede os limites do estabelecido pelo governo estadual respectivo e pelo ente federal.

A saúde, portanto, é dever do poder público. Quando a Constituição atribui esse dever ao Estado, refere-se à noção geral do Estado enquanto ente soberano, abrangendo a previsão de suas atribuições entre os entes federados. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, obrigações das municipalidades, que devem ser trabalhar integradas às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 08).

Significa dizer que o Município goza de autonomia relativa pois, embora responsável pela saúde pública local, está obrigado a realizar a normatização de políticas públicas nos limites do estabelecido no âmbito federal e estadual (regional), entendendo-se assim que a União e o Estado também ostentam competência na legislação concorrente sobre as questões que envolvem a saúde.

A feição “municipalista” do texto constitucional fortalece na arena política os atores municipais e coloca novos desafios para os processos de condução de políticas públicas. Por um lado, abre possibilidades de transformação da relação Estado e sociedade e de maior experimentação em nível local. Por outro, sabe-se que a maioria dos municípios brasileiros (os de pequeno porte populacional) não tem arrecadação própria significativa e depende das transferências intergovernamentais de recursos, com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização (LIMA, 2013, p. 89)

No exercício da competência concorrente, a União assume o papel de legislar sobre as normas gerais, enquanto os Estados passam a suplementar a legislação federal, enquanto os Municípios se limitam à aplicação delas à realidade das peculiaridades e necessidades locais.

A proposta do SUS permitiu a construção de um modelo realmente democrático de saúde pública. Apesar dos problemas e deficiências do sistema, é justo salientar que o programa é uma referência mundial, sendo copiado por muitos importantes países. Carrega consigo o mérito de ter garantido a saúde pública à toda população, mesmo àqueles que não dispõe de recursos financeiros para arcar com os altos custos de uma hospitalização particular.

Utilizando-se da proposta principal do federalismo para promover programas de saúde pública organizados, os princípios basilares do SUS resguardam o direito fundamental à saúde, com o fornecimento de todos os aspectos que integram este direito para todos os

brasileiros, estabelecendo projetos de saúde pública que atendem as necessidades mais diversas deste imenso Brasil.

CAPÍTULO 2. OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE PÚBLICA

2.1 Covid-19: agente etiológico e histórico

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Após investigações intensivas, no dia 7 de janeiro de 2020, cientistas chineses conseguiram isolar um novo coronavírus (*CoV*) em pacientes de Wuhan, nunca relatados em humanos. A partir de então, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, ainda sem muitas informações.

Os primeiros casos do COVID-19 foram registrados em território chinês. Tratava-se de uma contaminação por transmissão local, ou seja, através do contato direto com indivíduos contaminados ou com histórico de viagens para a região epidêmica. O protocolo para conter o vírus é o de isolamento do indivíduo doente. Estudos mostram que a doença apresenta-se de forma assintomática em alguns indivíduos, porém, mesmo assintomático, o contaminado pode transmitir a doença. Sendo assim, a testagem em massa é procedimento primordial no combate à transmissão. O Ministério da Saúde orienta sobre os testes utilizados no Brasil para a detecção do novo coronavírus, elencando três tipos, segundo dados da ANVISA (2020) e da Fundação Oswaldo Cruz (2020):

1) RT-PCR (Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction): detecção de fragmentos do material genético do vírus, restando se a pessoa está doente no momento da realização do exame. Detecta a doença a partir do terceiro dia de sintomas.

2) Teste imunocromatográfico: popularmente conhecido como “teste rápido”, devido ao tempo para a obtenção do resultado, de até 30 minutos. Não detecta especificamente o coronavírus (Sars-CoV-2), mas sim os anticorpos produzidos pelo organismo na tentativa de combatê-lo. Como o organismo demanda um tempo para a produção dos anticorpos, lapso temporal chamado de janela imunológica, o teste é indicado para exames a partir de 10 dias após o início dos sintomas.

3) Elisa (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): teste sorológico mais tradicional, utilizado para identificar os anticorpos através das amostras de soro que são

expostas à reações enzimáticas. Possui maior sensibilidade e eficácia no resultado, e é o método que apresenta o menor risco de erros.

Os coronavírus estão por toda parte, sendo a segunda principal causa de resfriado comum após o rinovírus. Até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum (OMS, 2020). Nos últimos 20 anos ocorreram duas epidemias de coronavírus: a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), que teve início na China em 2002, causando cerca de 8094 infecções e 774 mortes; e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), responsável por uma epidemia persistente na Península Arábica desde 2012, com 862 mortes e 2506 infectados. Ambas as epidemias foram associadas com complicações graves do trato respiratório inferior e manifestações extrapulmonares, como diarreia, linfopenia, síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e com taxas de mortalidade entre 10% e 35%, respectivamente (ASHOUR *et al.*, 2020; CHAN *et al.*, 2020).

De acordo com a OMS, existem, ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já identificados, dentre os quais: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (causa de síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (causa de síndrome respiratória do Oriente Médio) e o mais recente novo coronavírus (COVID-19), cuja síndrome foi denominada pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus como Síndrome Respiratória Aguda Grave 2: SARS-CoV-2.

A origem da doença está ligada a diversos fatores culturais e históricos. Uma das possíveis origens do vírus pode ser o hábito alimentar consistente no consumo de uma sopa de morcegos e pangolins, por exemplo. Inicialmente, os casos eram associados a um mercado de carne chinesa, pois todos os indivíduos que apresentaram a síndrome aguda respiratória eram frequentadores deste mercado.

Após análises filogenéticas obtidas através de exames de pacientes internados, que apresentavam dificuldades respiratórias e pneumonia, foi possível demonstrar que as características genéticas do coronavírus apresentavam as seguintes informações: vírus do tipo β -CoV, envelopado de RNA fita simples polaridade positiva e não segmentada (GUO *et al.*, 2020).

Essas informações compartilham com 96% de identidade do seu genoma completo com o um CoV de morcego, o BatCoV RaTG13, 91,02% com o genoma do Pangolin-CoV e 79% com o SARS-CoV, sugerindo a transmissão interespecies até a infecção humana, bem como a existência de reservatórios animais do novo vírus (ZHANG; WU; ZHANG, 2020).

Dos sintomas apresentados pelos pacientes a febre foi considerada o mais comum. Após, a tosse e a afetação bilateral dos pulmões é o resultado mais comum encontrado nas imagens de tomografia computadorizada nos pacientes infectados (LAI *et al.*, 2020). Os órgãos afetados podem ser os mais diversos e, dentre os sistemas afetados, destacam-se o sistema nervoso e gastrointestinal. Estudos apontam que pacientes podem desenvolver outros sintomas como a diarreia e a perda transitória do olfato e do paladar.

Segundo a OMS (2020), a doença afeta, principalmente, pessoas idosas e as que possuem comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cardiovascular em idade acima de 70 anos). Todavia, ressalta-se que pode acometer e acarretar sintomas preocupantes para qualquer pessoa, em qualquer idade, mesmo que não apresente comorbidades. O vírus se comporta de maneira variável no organismo das pessoas, característica que impõe enormes os desafios a serem enfrentados pela ciência.

Com o avanço dos estudos já se sabe que pode ser transmitida por meio de gotículas do nariz ou da boca que se espalham quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala (OMS, 2020). As pessoas podem contrair a doença principalmente ao respirar essas gotículas que ficaram dispersas no ambiente. Por outro lado, evidências crescentes apontam para a rota de transmissão fecal-oral como uma possibilidade de o indivíduo também adquiri-la (CHAN *et al.*, 2020).

A OMS (2020) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde como uma “pandemia”. Esta designação reconhece que vários países e regiões do mundo apresentam surtos da doença mostrando que no mundo globalizado é muito difícil que uma ameaça viral fique restrita a um só país.

Diferente de uma epidemia, que possui caráter transitório e que afeta simultaneamente grande número de indivíduos de uma localidade ou região, uma pandemia é caracterizada como uma epidemia de grandes proporções que se espalha a vários países e a mais de um continente (REZENDE, 1998).

A China, além de ter sido a pioneira a enfrentar o coronavírus, serviu como exemplo para o mundo por ter conseguido se reestabelecer e controlar a doença internamente. A partir dos dados coletados na experiência chinesa, foram tomadas medidas sanitárias e protocolos para a prevenção e tratamento da doença, mostrando, sobretudo que além da imunização por meio da vacinação, as melhores formas de controlar o número de pessoas

infectadas são o isolamento social, a etiqueta respiratória e a higienização das mãos – únicas e mais eficientes medidas no combate à pandemia, também denominadas “medidas não farmacológicas”. O isolamento social se tornou uma medida global, independente da apresentação de sintomas.

A mão pode ser o principal veículo de contaminação, uma vez que o homem a utiliza para manipular quase tudo, havendo grande frequência de toque no rosto e contato com as mucosas. A lavagem das mãos é essencial para mantê-las livres do vírus que apresenta em sua estrutura uma fragilidade aos componentes encontrados no sabão; precisa ter uma duração mínima de 40 segundos e deve contemplar todas as áreas da mão, como a palma, o dorso, os polegares, os demais dedos e as áreas entre os dedos e o punho.

Além disso, na ausência da água e do sabão, as pessoas podem realizar a higienização com álcool a 70°, que possui caráter sanitizante. Já as etiquetas respiratórias são aquelas que envolvem a capacidade de expansão do vírus, ou seja, a pessoa deve cobrir o nariz e a boca com um lenço descartável, ou usar o antebraço, ao tossir ou espirrar, evitando que o vírus se espalhe.

Outra etiqueta adotada mundialmente, partindo do pressuposto da transmissibilidade do vírus, é o uso de máscara como barreira física. As máscaras podem ser confeccionadas artesanalmente, a fim de possibilitar o acesso para todos e não faltar para os profissionais, como proposto pelo Ministério da Saúde.

Países que demoraram a adotar medidas como o isolamento social e a testagem em massa começaram a apresentar números crescentes de casos e mortes. Os primeiros países a apresentarem casos de pessoas infectadas foram Tailândia, Japão e Coreia do Sul. No final de janeiro de 2020, a doença chegou à América do Norte, Austrália e Europa. Inicialmente, os indivíduos infectados apresentavam histórico de viagens para a China. O não cumprimento das medidas preventivas resultou na transmissão comunitária – sem conhecimento sobre a origem da infecção. No final de fevereiro, o epicentro da nova pandemia de coronavírus mudou da China e do Leste Asiático para a Itália e outras nações ocidentais, incluindo os Estados Unidos. Segundo estudos da Universidade Johns Hopkins, a doença avança na Europa, especificamente na Itália, devido a fatores governamentais.

Segundo dados da Universidade Johns Hopkins, até 05 de outubro de 2020, a situação da pandemia no mundo era de 35.559.026 casos registrados, no qual os EUA apresentavam o maior número de infectados (7.464.372 casos); o Brasil ocupava a terceira colocação, com 4.927.235 infectados (UNIVERSIDADE JOHN HOPKINS, 2020). A respeito do número de mortos, os EUA também lideravam o *hanking*, com 210.355 mortes; o Brasil

passou a ser o segundo país com maior número de mortes (146.675 pessoas). No Brasil, o primeiro caso suspeito ocorreu em janeiro de 2020, no estado de Minas Gerais. Tratava-se de uma estudante de 22 anos que havia viajado para a cidade de Wuhan. O primeiro caso confirmado foi em 26 de fevereiro e teve como vítima um homem de 61 anos, da cidade de São Paulo, que havia visitado a Itália. Após o diagnóstico clínico, o paciente ficou em isolamento social na sua residência, monitorado pelo Ministério da Saúde. No final de fevereiro, o país apresentava 34 casos suspeitos, com 8 casos confirmados. De acordo com o Ministério da Saúde, essas informações confirmam que as primeiras transmissões que ocorreram no território brasileiro eram do tipo de transmissão local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 17 de março de 2020, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo anunciou a confirmação da primeira morte pelo COVID-19: um homem de 62 anos, portador de diabetes e hipertensão. Após, os órgãos em saúde confirmaram que a transmissão comunitária já estava acontecendo no país. Até o dia 05 de outubro de 2020, o Brasil apresentava mais de 146 mil óbitos e mais de 4.915.289 casos confirmados da doença. Ainda segundo o Ministério da Saúde (2020), a Região Sudeste brasileira foi a que apresentou o maior número de mortes e casos da doença, sendo representada pelo Rio de Janeiro – com mais de 18 mil mortes, e São Paulo – com mais de 36 mil mortes. Em seguida, a região Nordeste, com 39.659 óbitos; e a região Norte, com 15.159 óbitos.

Cabe mencionar que o número de casos confirmados até aquele momento se referiu somente aos testados e notificados ao Ministério da Saúde. Evidente que esse valor é distorcido, pois muitos estados não possuíam a testagem em massa ou atendimento para toda a população, com uma consequente subnotificação da distribuição da doença.

O desenvolvimento de vacinas contra a doença do novo coronavírus foi um esforço global que envolveu investimentos internacionais e um esforço multicêntrico e multisetorial, visto que a pandemia provocada pelo novo coronavírus suscitou uma corrida sem precedentes pelo desenvolvimento de vacinas capazes de conter o avanço da Covid-19. O processo de desenvolvimento de vacinas é normalmente complexo e leva bastante tempo até chegar ao produto final. No entanto, a busca internacional por um imunizante contra a doença foi acelerada, e as primeiras vacinas para uso na população, com registro para uso emergencial, foram aprovadas menos de um ano após a declaração de pandemia feita pela OMS (IPEA, 2020).

2.2 O colapso da saúde pública e os impactos da pandemia

Quando a pandemia do coronavírus atingiu o Brasil, o governo e a população estavam completamente despreparados, ainda que existissem exemplos abundantes de como a doença se comportava na China, Europa e outros países em que já se alastrava. Desde então, o país enfrentou as consequências da até então mais grave pandemia do século XXI, como observado por Britol e demais autores:

A pandemia da COVID-19 representa o maior desafio global deste século XXI até agora. É a primeira vez que um vírus alcança proporções alarmantes, acometendo todos os continentes. As barreiras sanitárias são importantes e, hoje, por meio de estudos, é possível provar que, uma vez que não podemos impedir o surgimento de epidemias, é possível controlá-las (BRITOL *et al.*, 2020, p. 59).

Observa-se que em um mundo globalizado um problema local alcança, facilmente, os demais continentes. A disseminação do COVID-19, doença que deu início a um dos piores desafios do século, levou inúmeros pesquisadores a uma busca incessante por medidas profiláticas, tratamentos, vacinas e conhecimentos que garantissem alguma vantagem contra este vírus. Com alta capacidade de contaminação, o coronavírus afeta não apenas o paciente mas, também, todo o sistema de saúde das regiões em que alcança.

O resultado foi a criação de uma demanda insustentável de leitos de UTI, busca muitas vezes superior à capacidade assistencial instalada e disponível nos países. Assim, “as repercussões da doença, especialmente no que diz respeito à quantidade de leitos e de respiradores artificiais disponíveis, expõem problemas estruturais e assistenciais da saúde no mundo e, especialmente, no Brasil” (BRITOL *et al.*, 2020, p. 59).

No Brasil, os problemas oriundos das desigualdades sociais fizeram com que as consequências da pandemia fossem ainda mais avassaladoras que nos países europeus. A falta de acesso à uma rede de saúde pública eficiente atuou como fator de propagação da doença, tonificando o índice de mortalidade, sobretudo entre as classes menos favorecidas:

No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração” (WERNECK *et al.*, 2020, p. 01)

Antes do desenvolvimento e fornecimento das vacinas contra o COVID-19, as únicas medidas de contingência da doença eram as de isolamento social e protocolos de higiene, como o uso de álcool em gel e higienização das mãos – conhecimentos preventivos

milenarios que sempre foram fundamentais para o controle de epidemias (BRITOL *et al.*, 2020).

Portanto, as dificuldades enfrentadas em áreas nas quais há escassez de água potável ou ausência de saneamento básico se mostraram ainda maiores. Alguns desafios a mais apareceram em comunidades mais pobres, por exemplo: como isolar uma pessoa infectada dentro de uma moradia em que os familiares compartilham um mesmo cômodo? De fato, a desigualdade social tornou-se um dos principais fatores tonificadores da doença do coronavírus. É preciso refletir além do viés sanitário analisando a pandemia sob a ótica social e política.

A aparente democracia das epidemias carece de um olhar mais atento. Ao longo da história, más condições de vida, fome, moradias insalubres, acúmulo de lixo, ausência de esgotamento sanitário e de tratamento da água foram condições favoráveis às grandes epidemias (SANTOS, 2021, p. 01).

O coronavírus não afeta as classes sociais diversas igualmente, sua mortalidade acomete mais aqueles que gozam de condições de vida mais precária: pessoas em situação de rua, povos tradicionais, quilombolas, comunidades carentes, zonas rurais isoladas e periferias urbanas, que não dispõem dos mesmos recursos que os grupos mais abastados da sociedade.

Tome-se como exemplo a cidade de São Francisco de Guaporé, município do estado de Rondônia. A região, povoada desde o século XVIII, teve sua ocupação ampliada em 1985 com a implantação da rodovia BR-429. Cidade próspera, apesar de relativamente pequena, de estimativa populacional aproximada de vinte mil habitantes, dois quais a metade se organiza em áreas rurais, com economia baseada na atividade pecuária (SECRETARIA SÃO FRANCISCO, 2021). O fato de ser uma cidade de população relativamente pequena e distante dos grandes centros urbanos não impediu que São Francisco de Guaporé fosse atingida pela doença.

A falta de leitos de UTI é uma preocupação constante em cidades menores e não foi diferente em São Francisco de Guaporé. Com leitos insuficientes para tratar os casos graves, diversos pacientes foram transferidos para as cidades vizinhas, como Porto Velho, em busca de um tratamento adequado. É uma bola de neve: ao concentrar a demanda de leitos nos centros urbanos, amplia-se ainda mais a quantidade de pessoas na fila de espera, agravando os casos daqueles que esperam por atendimento e ampliando as chances de contágio da doença.

Na maioria das cidades menores e mais afastadas não foram implementadas medidas de aumento de leitos disponíveis ao atendimento de pacientes com COVID-19; com efeito, o Brasil enfrentou um cenário preocupante de hospitais superlotados em todo o país. Pacientes com outras doenças, vítimas de acidentes e os infectados pelo coronavírus disputavam os leitos, em filas extremamente longas cuja espera significa piora dos quadros clínicos.

Nesse contexto, o uso de máscaras higiênicas como medida restritiva utilizada para conter o avanço do coronavírus tornou-se procedimento obrigatório. No município de São Francisco do Guaporé, o Chefe do Executivo Municipal editou um decreto no qual, dentre as medidas adotadas, a mais enérgica e polêmica foi a adoção do toque de recolher, que tinha como objetivo impor o isolamento social (BONI, 2021).

Fica instituído TOQUE DE RECOLHER, em todo o território do Município de São Francisco do Guaporé, ficando restrita a circulação de pessoas nos logradouros públicos, nos próximos 15 (quinze) dias, no período compreendido entre as 20:00 horas às 6:00 horas do dia seguinte, a contar da publicação do presente Decreto, podendo sofrer alterações e, inclusive, ser prorrogado, de acordo com a evolução do cenário epidemiológico (BRASIL, 2021, p. 01).

O toque de recolher seria mantido até uma queda na quantidade de infectados. A restrição se justificou no fato de que um surto de coronavírus em um município desprovido de leitos para atender a toda população teria efeitos catastróficos. Para lidar com uma doença altamente contagiosa e de alto índice de mortalidade, em um país como o Brasil, no qual o serviço público é insuficiente para atender com eficiência o aumento da demanda, as medidas que demandam a participação e sacrifício de toda população passam a ser cada vez mais adotadas.

Percebe-se que em um mundo globalizado e interconectado como o atual, em que viagens intercontinentais são facilitadas, três meses foram suficientes para que o vírus que acometia a população da província de Wuhan, na China, percorresse todo o continente asiático, europeu e chegasse à América e ao Brasil após cruzar o Oceano Atlântico. Em um lapso temporal de apenas quatro meses a doença tornou-se uma pandemia – categorização que tem como critério a distribuição geográfica de uma doença em diversos países e regiões do planeta. Um problema local se tornou global e mudou a rotina de cada cidadão do planeta.

Estava sendo construído um “novo normal” ao redor das pessoas que, muitas vezes, nem sequer acompanhavam todas as mudanças que estavam sendo estabelecidas em nossa sociedade. Mesmo assim, a lei foi imposta a todos – mesmo àqueles que não a

entendiam ou aceitavam. Em outras palavras, para conter o avanço do vírus foi preciso impor uma série de mudanças rápidas no estilo de vida das pessoas, o que acarretou a criação de diversas leis e decretos. Sacrificios de liberdades individuais foram necessários em nome de uma causa maior, de interesse de toda a sociedade – em nome da vida.

O mundo inteiro compartilhava da mesma agonia, sofria a mesma crise e buscava soluções para um problema em comum. Uma pandemia que emparelhou os cidadãos da distante Wuhan com o povo de São Francisco: ambos abdicando dos próprios costumes e liberdades na busca pela sobrevivência em meio à pior crise sanitária dos últimos tempos.

A cada semana que passava após o coronavírus atingir o Brasil, nos deparávamos com um triste novo recorde de infecções e mortes. Com os hospitais saturados, o ano de 2020 foi marcado por uma ausência de resposta centralizada e coordenada à pandemia, especialmente por parte das instituições públicas (PESSOA e TEIXEIRA, 2020).

Houve uma semana em que os brasileiros foram responsáveis por 11% da população mundial infectada com Covid-19 e 26,27% das mortes globais. Somente em 8 de abril, 4.249 mortes e 86.652 novas infecções foram registradas em um período de 24 horas. Esses números impressionantes foram uma evidência clara da ineficiência das autoridades em proteger os brasileiros, especialmente os mais vulneráveis ao vírus, em um momento de crise humanitária (SANTOS, 2021).

Como bem analisado por Pessoa e Teixeira (2020), os trabalhadores da saúde, exaustos mental e emocionalmente, arcaram praticamente sozinhos com as responsabilidades no combate à pandemia, diante da ausência de respostas e posicionamentos governamentais que sugerissem soluções imediatas. Sem uma resposta nacional eficiente e coordenada frente à pandemia, mesmo as medidas de prevenção que já funcionavam em outros contextos, como uso de máscaras, distanciamento físico e limitação de movimentos, não estavam sendo implementadas nas escalas que deveriam (SANTOS, 2021).

Para piorar a situação, a movimentação da campanha de vacinação foi lenta. Nos termos de Malik (2021), em meados de junho de 2021, mais de um ano após a eclosão da pandemia no Brasil, apenas 11% da população havia tomado a primeira dose da vacina. Isso significa que milhões de vidas no Brasil, e mesmo além de suas fronteiras, continuavam em risco devido a mais de 90 variantes do vírus em circulação, bem como por quaisquer novas variantes que poderiam surgir. A COVID-19 se espalha de forma descontrolada e instalações de saúde ficam rapidamente sem suprimentos médicos essenciais e outros materiais necessários para lidar com os pacientes infectados. Faltam oxigênio, sedativos para intubação e demais equipamentos de proteção individual.

A negligência das autoridades brasileiras custou a vida de muitos, ao passo que as medidas de saúde pública tornaram-se, erroneamente, um campo de batalha política (PESSOA e TEIXEIRA, 2020).

Ao Governo Federal e estados foram exigidos o empenho de esforços colossais para combater as piores consequências da pandemia, além de gerir os fechamentos dos impostos pelo Ministério da Saúde. O então presidente Jair Bolsonaro muito tentou coibir ou flexibilizar os protocolos de medidas sanitárias emitidos pela OMS, sob a égide dos impactos econômicos que a adoção dessas medidas poderia causar. Era visto que uma profunda recessão já imprimia efeitos globais, com drástica redução na demanda por produtos europeus e asiáticos, por exemplo.

Nesse contexto, observaram-se embates de forças entre os entes federativos e governos centrais no Brasil e, até mesmo nos Estados Unidos. Nos dois países, a maioria dos governadores e prefeitos adotavam medidas mais restritivas, com discursos firmes no enfrentamento da pandemia. Entretanto, os chefes do executivo demonstravam preocupações com os reflexos da crise na economia, amenizando a gravidade da doença. A consequência disso foi que criou-se um vazio de liderança, com espaço para que governadores e prefeitos assumissem as decisões. Entretanto, mesmo seguindo diretrizes e recomendações de organismos internacionais para enfrentamento da crise, os entes federativos se depararam com problemas para estruturação de estratégias (GUIMARAES; SILVA, 2021).

Nos três primeiros meses de 2020, o PIB do Brasil caiu 4,8%. Alguns economistas previam uma nova contração a uma taxa anualizada de 30% no segundo trimestre para o ano de 2021. Só em abril de 2020, o país perdeu 20 milhões de empregos, agravando ainda mais a crise econômica que já se mostrava dramática desde 2014 (TCU, 2017).

No início de maio de 2020, a taxa de desemprego chegava a 14,7% - a mais alta desde o golpe que ocasionou o *impeachment* da ex-presidente Dilma Rousseff, em 2016 (SANTOS, 2021). As dívidas dos Estados e das empresas explodiram e esperava-se um gasto de 4 trilhões de reais a mais, por parte do governo federal, no ano de 2021, além de um déficit orçamentário em dobro do que havia sido implantado desde o plano real.

Segundo Werneck e Carvalho (2020), empresas que contraíram dívidas na última década se viram obrigadas a levantar nova liquidez no mercado de títulos, com o único propósito de permanecer solvente. Embora a economia do Brasil tenha desfrutado de um longo período de crescimento, principalmente na primeira década do novo milênio, o país acumulou dívidas oriundas de uma série de cortes de impostos não compensados por reduções

correspondentes nas despesas. A venda de títulos do tesouro tem financiamento desta dívida, mas vinham à tona questões quanto à sua sustentabilidade.

Os valores emprestados atingiam níveis históricos e as empresas brasileiras emitiram centenas de bilhões de reais em linhas de crédito pendentes, na tentativa de enfrentar a situação econômica preocupante. Essas taxas excediam em muito o nível da última grande crise financeira. O que se esperava era cada vez mais inadimplências e o risco geral de crédito aumentava (THOMAZINE, 2020).

De acordo com Santos (2021), o Banco Central tornou-se, por necessidade, um ator da política fiscal. Interveio prontamente para evitar o pânico mas, a rápida expansão de seu papel poderia leva-lo para a arena de disputa política, levantando preocupações em relação à independência e credibilidade de longa data da instituição.

Mesmo com a regressão da pandemia, não há garantias de que o Brasil retornará ao caminho do crescimento econômico. O Bacen, como outros bancos centrais, precisará de uma estratégia de saída para limpar uma boa parte dos ativos de seus livros (TCU, 2017). Caso contrário, a probabilidade de uma transferência massiva da economia para outros países é alta – a cultura de risco é a base do sucesso econômico. Novamente, é um problema que os países da América e da Europa também terão de enfrentar, para além dos desafios específicos relacionados com lacunas institucionais em torno de suas respectivas moedas (WERNECK E CARVALHO, 2020).

Nessas condições, talvez parte da dívida do consumidor terá que ser cancelada. Se isso for confirmado, o setor bancário terá de fazer um grande esforço para recuperar-se. O endividamento total do governo brasileiro, empresas e as famílias, no ano de 2021, ultrapassam 250% da produção nacional (SANTOS, 2021). O valor corresponde a 75% a mais do que em 1980 (THOMAZINE, 2020).

Conforme aponta Thomazine (2020), um segundo aspecto encorajador para o país é o fato de a moeda brasileira continuar sendo ponto seguro para investidores estrangeiros – pelo menos em níveis suficientes para limitar vazamentos. Mas, a longo prazo, a reputação do real pode ser comprometida, especialmente se as taxas de juros dos EUA forem percebidas como insustentáveis ou se investimentos produtivos forem sistematicamente prejudicados pelos ônus dos empréstimos pesados adquiridos, sem falar na sua desvalorização frente ao dólar e euro.

O Brasil pode enfrentar dificuldades para sair desse processo de endividamento, assim como outros países de economia pouco sólidas. Embora a maioria dos economistas concorde que as despesas urgentes da pandemia são inevitáveis, uma saída mais sustentável da

situação crítica deve observar duas principais opções: o corte de gastos e o aumento dos impostos. Esses dois caminhos possíveis certamente afetarão o crescimento no curto a médio prazo (SANTOS, 2021)

A alternativa pode assumir a forma de aumento das taxas de juros ou inflação, especialmente se os investidores começarem a se afastar dos títulos do Tesouro Nacional e outros investimentos (TCU, 2017). Os fundos que hoje são usados para pagar as contas não irão para os investimentos produtivos necessários para o crescimento econômico. Isso pressagia muitas dificuldades, econômicas e políticas, que repercutirão por longo prazo para a economia do país e para os demais países vizinhos, principalmente os do Mercosul.

2.3 A resposta imediata dos sistemas de saúde

As organizações internacionais e a OMS estabeleceram objetivos estratégicos globais no combate à COVID-19, dentre os quais destaca-se a mobilização de todos os setores e comunidades para garantir que cada setor do governo e da sociedade assumam a responsabilidade de participar na resposta de prevenção de casos através dos seguintes cuidados: higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento físico em nível individual.

Segundo a OMS (2020), no início a pandemia, as ações mais diretivas objetivavam controlar casos esporádicos e nichos específicos, prevenindo a transmissão do vírus à comunidade com o rápido isolamento dos pacientes infectados e de todos aqueles que estiveram em contato com ele, prestando-lhes os cuidados adequados. Além disso, foram adotadas medidas de distanciamento físico ao nível da população, medidas restritivas apropriadas e proporcionais em viagens domésticas e internacionais não essenciais.

O foco era o de reduzir a mortalidade, fornecendo cuidados clínicos adequados para os afetados pela COVID-19 e garantindo a continuidade de serviços essenciais de saúde e sociais, bem como a proteção de trabalhadores da área da saúde e populações vulneráveis. As vacinas e medidas terapêuticas seguras e eficazes que poderiam ser entregues em grande escala de maneira acessível também foi uma preocupação inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Cada país teve que implementar um amplo conjunto de medidas, que variam de acordo com a capacidade e contexto de cada sociedade. Os esforços se voltavam à redução da transmissão e da mortalidade associada ao COVID-19 com o objetivo de alcançar ou manter um estado estável do nível da transmissão (OMS, 2020).

Estratégias apropriadas em nível nacional e subnacional devem equilibrar as medidas de combate à mortalidade direta (atribuível a COVID-19) e à mortalidade indireta (causada por a sobrecarga dos sistemas de saúde e a interrupção de outros serviços essenciais de saúde e sociais). Além disso, as instituições tiveram que lidar com os agudos efeitos prejudiciais de longo prazo na saúde, bem-estar e consequências socioeconômicas de certas medidas restritivas (WERNECK & CARVALHO, 2020).

Manter um estado estável de baixo nível ou sem transmissão tornou-se ainda mais fundamental com o alastramento da pandemia. Os impactos socioeconômicos, especialmente na área da saúde, foram profundos, afetando os vulneráveis mais intensamente (JUBILUT *et al.*, 2020). Muitas das populações tiveram que lidar com a falta de acesso a serviços de saúde essenciais e de rotina. Imigrantes, refugiados, deslocados, populações, residentes de alta densidade e assentamentos informais corriam um risco particularmente alto com a interrupção de serviços sociais e de saúde, já limitados.

Como exemplo, o fechamento de escolas aumenta o risco de os alunos sofrerem negligências, abusos ou exploração, sem contar que os serviços básicos, como a merenda escolar, também são interrompidos. Considerando este tipo de problema decorrente das medidas restritivas, cada ação realizada para diminuir a transmissão do vírus passou a antecipar o dia de retomada dos serviços interrompidos (OMS, 2020).

O risco de reintrodução e ressurgimento da doença é permanente, exigindo um controle sustentável por meio da aplicação rigorosa de intervenções de saúde pública, especialmente à medida que o vírus circula entre os países e dentro deles, sobretudo ao desenvolver novas cepas. Por isso é importante entregar tratamentos eficazes por meio de vacinas e terapêuticas cientificamente comprovadas podem permitir uma transição de algumas das medidas necessárias para manter este estado de baixo nível ou sem transmissão.

Deve-se atentar para o fato de que as consequências econômicas do coronavírus podem ser de longa duração, atuando nas fragilidades bem estabelecidas do sistema. Isso representa outro conjunto de riscos indiretos para a saúde e ao bem-estar das pessoas, que terão repercussão por um longo período, com impactos generalizados que afetam toda a população (OCDE, 2020).

Respostas governamentais imediatas de curto prazo tornaram-se necessárias para salvar vidas e meios de subsistência (OMS, 2020). Ainda, a crise apresentava potenciais lições úteis para mudanças de longo prazo para construir maior resiliência nos sistemas que suportam bem-estar ao longo do tempo – como construção de conexões sociais e capital social, abrindo

novas maneiras de trabalhar e viver, o reforço da capacidade dos serviços públicos e das redes de segurança social de reagir oportunamente à crise, entre outras (OCDE, 2020).

Além disso, a pandemia escancarou a necessidade de redobrar os esforços para reduzir ou mitigar as fontes de vulnerabilidade associadas com insegurança no emprego, habitação de má qualidade, baixa qualidade ambiental, desafios de saúde mental e outros e isolamento social (JUBILUT et al., 2020).

Ao examinar as diferentes dimensões que são e continuarão a ser impactadas pela crise da COVID-19, a estrutura de bem-estar da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) torna-se relevante. Em particular, trata-se do impacto da COVID-19 na renda e riqueza, trabalho e qualidade do emprego, habitação, bem-estar subjetivo, conexões sociais, equilíbrio entre vida profissional, qualidade ambiental e segurança.

Para lidar com a crise em evolução, os governos precisam agir com rapidez e força, com prioridade para aqueles que são mais vulneráveis (JUBILUT et al., 2020). Três pilares principais, alinhados com o quadro de ação política da OCDE (2020) sobre o crescimento inclusivo, podem ser úteis ao considerar uma resposta abrangente e bem coordenada: 1) proteção de pessoas e lugares deixados para trás; 2) apoio de pequenas empresas e trabalhadores vulneráveis; e 3) governança coordenada e responsável.

A proteção social passa pela necessidade de estender automaticamente os direitos de proteção social – como para deficientes, famílias pobres, pensões – que não pode ser renovados pessoalmente ou *online* devido à doença, quarentena, excessivo número de solicitações, dificuldades técnicas ou falta de acesso às plataformas digitais, ou falta de acesso às ferramentas digitais para fornecer serviços sociais, triagem, aconselhamento, alcance remoto e identificar quem são as pessoas mais vulneráveis (JUBILUT et al., 2020).

Trabalhadores com baixa segurança no emprego serão os mais atingidos e devem receber cobertura do seguro-desemprego, mesmo se não atenderem aos critérios (por exemplo, emprego ininterrupto por seis meses ou mais em alguns países); também, o apoio temporário para trabalhadores atípicos e pessoas da economia informal que não estão cobertos nem têm direito à proteção social (JUBILUT et al., 2020).

Quanto às ações a nível de saúde, a OCDE (2020) destaca o alívio das pressões sobre o sistema de saúde, implementando medidas para conter e mitigar a disseminação da doença, incluindo serviços de saúde pública de prevenção da doença. Considera também que houve forte intensificação das campanhas de informação ao público para a prática da higiene pessoal e do distanciamento social.

Além disso, destacam-se a implementação de políticas bem direcionadas para apoiar os sistemas de saúde e trabalhadores; o fornecimento de adicional de financiamento para cuidados de saúde para ajudar a rápida implantação de recursos e maior capacidade; a garantia de espaços adequados para diagnosticar pessoas com segurança e eficiência, para isolar suspeitos e casos confirmados (OMS, 2020).

Santos (2021) também considera que houve importante mobilização de profissionais de saúde inativos; adaptação de funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, além de sua proteção, inclusive fornecendo cuidados infantis especiais para trabalhadores da linha de frente do combate à pandemia; o reconhecimento e recompensa ao trabalho extraordinário nos setores de assistência médica de resposta às emergências (SANTOS, 2021).

Também de acordo com o Ministério da Saúde (2020), medidas para promoção da saúde mental positiva durante a pandemia devem ser incluídas, inclusive durante as atividades sociais medidas de distanciamento e confinamento. Por exemplo, o fornecimento de recursos online e conselhos sobre como obter ajuda para o público em geral; o aconselhamento de médicos de clínica geral e outros cuidados fornecidos aos trabalhadores de primeira linha sobre a identificação de pessoas em risco de problemas de saúde mental ou solidão.

Bem como opções para suporte, tratamento e encaminhamentos; monitoramento o estresse no trabalho e o esgotamento na saúde e outros fatores importantes; permissão aos farmacêuticos para que renovem as receitas quando apropriado; oferecimento e regulamentação da telemedicina; permissão de continuidade do tratamento psicológico e psiquiátrico por telefone ou chamadas de vídeo sempre que possível; reforço dos recursos para os serviços de saúde mental no rescaldo da pandemia (OCDE, 2020).

Ademais, há estudos se discutindo como a pandemia evidenciou a necessidade dos agentes privados econômicos se engajarem coletivamente na solução de problemas, como no trabalho produzido por Tirolí, Cardoso Teixeira Torres e Muniz (2021), cuja ideia da aplicação do conceito do capitalismo de *stakeholder* para soluções em organizações empresariais pode ser adaptado na colaboração entre entes privados e o Poder Público e entre diversos atores estatais.

2.4 STF: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6341

Após a eclosão da pandemia foram impostas inúmeras mudanças nos costumes da nação brasileira. O supetão do fenômeno, que tomou proporções de maneira pouco gradual,

desafiou as instituições brasileiras na tomada de medidas de contenção do vírus. No Brasil, a primeira ação contra o COVID-19 ocorreu no Congresso Nacional, que se organizou para a aprovação da Lei Federal nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, a qual estabeleceu:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade (BRASIL, 2020).

Na tentativa de impedir o avanço do coronavírus pelo país, a lei propunha diversas medidas profiláticas, tais como o isolamento social, a quarentena, a realização compulsória de exames médicos e laboratoriais, além da coleta de amostras clínicas e vacinação obrigatória, medidas estas que já eram aplicadas em países já acometidos pelo vírus.

No mesmo ano, o Decreto Federal nº 10.282 terminou por regulamentar as medidas restritivas do país, definindo as atividades consideradas essenciais, como serviços médicos e hospitalares, área pública e privada, tráfego aéreo, marítimo e terrestres, serviços funerários, fiscalização ambiental, entre outros.

Insatisfeito com as medidas, o governo federal emitiu a Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. A norma foi responsável por anular a Lei nº 13.979, em nome de uma centralização das estratégias no combate a pandemia de coronavírus:

Atribui ao Presidente da República a competência para dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos essenciais. Estabelece hipóteses de presunção de atendimento das condições de ocorrência de situação de emergência. Define como dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (BRASIL, 2020).

Ocorre que o Brasil, enquanto República Federativa, possui a previsão constitucional de repartição de competências entre os entes federativos, com feixe de competências exclusivas e privativas, ora competências comuns e concorrentes. No caso em tela, o artigo 24, inciso XII da Constituição, fixa ser competência concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal legislar sobre a proteção e a defesa da saúde.

Nesse sentido, a Medida Provisória nº 926 centralizou a autoridade nas mãos do Presidente da República, negando a proposta federalista de esforço coletivo, cooperação e planejamento conjunto na busca por tratar os problemas de saúde. Conquanto o constitucionalismo nascente tenha inovado em diversos aspectos – como a previsão da separação de poderes, da república presidencialista, do federalismo e de uma democracia

representativa, a contribuição mais significativa de nosso constitucionalismo moderno é a ideia da supremacia da Constituição, concretizada pelo controle judicial de constitucionalidade (DUARTE NETO, 2009).

Em relação às autoridades responsáveis pela gestão sanitária da pandemia, uma série de medidas normativas e de políticas públicas de combate ao coronavírus foram alvo de ações judiciais propostas por diferentes atores políticos – presidente, governadores, partidos políticos e confederações. Considerando as disputas federativas estabelecidas entre esses atores na gestão pandêmica, o Supremo Tribunal Federal (STF), por competência atribuída pela própria Constituição (art.102), aparece como o principal balizador desses conflitos.

Em 23 de março de 2020, o STF recebeu o protocolo da ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) nº 6341 proposto pelo PDT (Partido Democrático Trabalhista) no qual o pedido era para a declaração de Inconstitucionalidade, concedendo medida liminar que englobava a MP nº 926, de 20 de março de 2020 (que regulava a compra de bens serviços e insumos) e os seguintes dispositivos da Lei federal nº 13.979, art. 3º, caput, incisos I, II e VI, e parágrafos 8º, 9º, 10 e 11, por incompatibilidade com o texto constitucional (COLOMBO e LUNARDI, 2020).

A ação teve como objetivo declarar inconstitucional e derrubar a tentativa centralizadora do governo federal disposta pela MP nº 926. O PDT reagiu contra a medida autoritária tomada pela Presidência da República, alegando que não respeitava os dizeres constitucionais acerca da federação e das competências dos entes federados no que diz respeito à gestão da saúde. Em tela:

Como a finalidade da atuação dos entes federativos é comum, a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (ADI nº 6.341/DF, 2020).

De fato, a proposta da MP nº 926, além de inconstitucional, anula a importância dos demais entes da federação no esforço comum de promoção à saúde. Além disso, fere a própria lógica científica que previa a quarentena e isolamento social como as principais medidas de contenção do vírus. Tais medidas já estavam sendo implementadas em todo o globo terrestre e, à época, constituíam as únicas formas de proteção contra infecção pelo COVID-19.

O pedido relativo à MP nº 926 não foi apenas declarado inconstitucional em seu texto normativo, mas foi aplicado ao caso interpretação conforme a CF/88, revelando um

desrespeito ao preceito constitucional de autonomia dos entes federados que no caso limitava a atuação de governadores e prefeitos. Assim, foram mantidas as providências de vigilância sanitária e saúde tomada por Estados e Municípios para a compra de insumos, sendo preservadas as atribuições de cada esfera de governo (COLOMBO e LUNARDI, 2020).

O caso em questão serviu para configurar mais precisamente a sistema federativo brasileiro. Merecendo ser citados os argumentos apresentados pelo Ministro Edson Fachin, relator do processo, que deram base para a decisão: a) Mesmo em casos de graves situações de emergência os poderes não podem ser desempenhados de maneira discricionária e sem os contrapesos dos demais poderes, a democracia garante pela liberdade pública o direito de que essas decisões sejam examinadas e controladas. b) as competências na área da saúde devem seguir padrões específicos e devem ser justificados pelos agentes públicos, c) Não se admite omissão na formulação de políticas públicas, sobretudo as essenciais previstas no art. 23 da CF. Dessa forma havendo omissão do governo federal Estados e Municípios devem nos limites de suas competências implementá-las, d) O governo federal pode estabelecer política pública nacional de maneira integrada mas seu silêncio “não pode tolher o exercício das competências dos demais entes na promoção de direitos fundamentais.” (STF, Voto Ministro Fachin, 2020, p. 02). e) A lei do SUS estabelece limites das competências pela municipalização dos serviços não havendo hierarquia entre os entes federados, f) A competência da União para legislar sobre vigilância epidemiológica não pode diminuir as competências dos demais entes da federação, g) o direito à saúde é garantido por meio da obrigação dos Estados Partes de adotar medidas necessárias para prevenir e tratar as doenças epidêmicas, h) nos termos do Regulamento Sanitário Internacional existem parâmetros regionalizados para o atendimento mínimo à necessária capacidade de vigilância e resposta em casos de epidemia (COLOMBO e LUNARDI, 2020).

Inclusive, mesmo que a adoção de medidas mais rígidas de restrições pelos Estados e Municípios sejam, em tese, contrárias ao Governo Federal, o próprio STF concede essa possibilidade aos entes. Conforme explica Borges (2020), o STF, em decisão histórica, estabeleceu que a lei estadual poderia contrariar a norma federal e proibir o amianto, substância nociva à saúde pública. Nesse viés, os Estados foram autorizados a editar leis sobre saúde pública que fossem mais protetivas do que a legislação federal. O entendimento é fundamentado na noção de que a saúde prevalece sobre quaisquer outros limites constitucionais estabelecidos em nome da uniformidade legislativa.

A evolução da crise decorrente da pandemia COVID-19 gerou, em escala global, impactos políticos, econômicos e sociais profundos (ABRAMS e SZEFLER, 2021).

Considerando que a maioria da população mundial é urbana (55%), que no Brasil chega a 85% de seus 210 milhões de habitantes, grandes metrópoles, como centros políticos, econômico e cultural, bem como conexão e destino para os viajantes internacionais, foram os setores mais afetados pela nova emergência do coronavírus (SANTOS et al., 2021).

As grandes cidades são as que possuem maior número de mortes e casos de contaminação registrados. Suas dinâmicas, em todas as dimensões e setores, são fortemente impactadas por medidas preventivas de redução de contágio e a escalada da crise epidemiológica. É necessário proteger a vida e a saúde da população, em primeiro lugar, atentando para os outros impactos que a perturbação da vida diária, por um período significativo pode trazer aos centros urbanos para o futuro (ABRAMS e SZEFLER, 2021).

Como as grandes cidades foram especialmente atingidas, elas assumiram a liderança na implantação de medidas em face da pandemia global. Em alguns casos, até mesmo anteciparam a mobilização de seus respectivos governos nacionais. Nesse aspecto, consórcios intermunicipais de média e alta complexidade no combate à pandemia foram estabelecidos para o enfrentamento do coronavírus (SANTOS et al., 2021).

2.5 As distorções causadas pelas repartições de competências

Após debater sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.341, podemos supor que as relações entre os entes federativos podem gerar abalos na coesão e organicidade da Administração Pública. Os conflitos podem gerar problemas que frustram a harmonia entre as instituições, existindo o risco de que uma norma ou atitude de um ente federado caracterize verdadeira violação à legalidade da federação.

A repartição de competências entre os entes federativos é um tema recorrente nas discussões políticas e jurídicas em muitos países. No contexto do princípio do interesse, surgem diversas controvérsias que refletem a busca por equilíbrio e eficiência na distribuição de responsabilidades entre o governo central e os governos subnacionais.

O princípio do interesse, em linhas gerais, refere-se à ideia de que cada ente federativo deve ter competências que atendam aos interesses da população local. Isso implica reconhecer que as demandas e necessidades de cada região podem variar significativamente, exigindo uma abordagem descentralizada na tomada de decisões.

Uma das controvérsias nesse tema diz respeito à definição clara das competências atribuídas a cada ente federativo. Em muitos casos, a Constituição ou legislação estabelecem diretrizes gerais, mas deixam margem para interpretações divergentes, no que pode resultar em

conflitos entre os níveis de governo e na judicialização das questões, à medida que cada um busca afirmar sua autoridade sobre determinadas políticas ou áreas de atuação.

Além disso, a complexidade das relações federativas muitas vezes leva a sobreposição de competências, ou seja, situações em que mais de um ente federativo possui atribuições sobre uma mesma matéria. Isso pode gerar conflitos de interesse, dificultar a coordenação entre os níveis de governo e resultar em lacunas na prestação de serviços públicos.

Para lidar com essas controvérsias, é necessário um diálogo constante entre os entes federativos, a fim de promover uma repartição de competências que leve em consideração os interesses e necessidades da população. Mecanismos de cooperação e pactuações entre o governo central e os governos subnacionais são fundamentais para encontrar soluções consensuais, evitando conflitos e garantindo a efetividade das políticas públicas.

Em síntese, as controvérsias envolvendo a repartição de competências entre os entes federativos com base no princípio do interesse são decorrentes da complexidade das relações federativas, da falta de clareza nas atribuições e da necessidade de conciliar recursos financeiros. É fundamental buscar um equilíbrio entre a autonomia dos governos subnacionais e a coordenação para garantir uma governança eficiente e atender às demandas da sociedade de forma adequada.

Outro ponto de controvérsia é a questão financeira, visto que a repartição de recursos é um elemento fundamental na definição das competências, pois sem a devida capacidade financeira, os governos subnacionais podem se ver limitados em sua atuação. A consecução de uma distribuição equitativa de recursos entre o governo central e os governos subnacionais frequentemente se depara com desafios significativos, pois envolve considerar aspectos como a arrecadação tributária, a capacidade econômica de cada região e a necessidade de investimentos em infraestrutura e serviços públicos.

Como esclarecido, o modelo de governo adotado pelo Brasil promove a descentralização dos poderes entre os entes federados, que não pode estar integralmente concentrado no governo federal. Nesse diapasão, os Estados e os Municípios possuem autonomia e atuam de maneira relevante naquilo que concerne às questões locais. Cada um dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) ostentam suas próprias áreas de atuação e, embora devam observar certos limites, não possuem, entre si, uma hierarquia. De sorte que o governador do Estado não serve ao comando do presidente e nem estabelece autoridade sobre o prefeito. Vejamos:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]

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)

O pacto federativo determina, também, a maneira como os recursos financeiros arrecadados pela União devem ser distribuídos aos três níveis de governo. No entanto, no Brasil, existe grande desnível entre os Estados e Municípios quando comparados com o total da receita arrecadada pelo país, o que acusa a existência de um certo nível de centralização dos recursos financeiros na União. Essa centralização rompe com a proposta do pacto federativo, em especial porque tarefas tidas como fundamentais, como saúde, educação e segurança, são de responsabilidade da União, estados e municípios de forma comum. Na prática, os recursos ficam concentrados no governo federal, enquanto os gastos são coletivizados aos estados e municípios. Explica Rodrigues (2021):

No Brasil, cerca de 68% da arrecadação total de tributos fica com a União, restando 26% para os estados e 6% para os municípios, sendo o ICMS o mais representativo. Segundo relatório da Receita Federal de 2018, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e serviços, responde por aproximadamente 20% do total arrecadado, e do seu montante, 25% é destinado para os municípios e 75% fica no próprio estado.

Dessa forma, além da descentralização de poderes e atribuições, a CF/88 estipulou transferências constitucionais de receita federal, pela União, aos estados e municípios. A distribuição da receita deve promover a autonomia financeira dos entes. Contudo, de acordo com Cupertino e Faroni (2012), a descentralização resultou em uma diminuição da arrecadação de impostos municipais, tornando essas transferências a principal fonte de financiamento para os gastos locais.

Ainda nesse sentido, Guilherme (2010) afirma que os principais tributos municipais, o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN), só possuem potencial de arrecadação significativa em municípios de grande e médio porte.

Os municípios de pequeno porte possuem como principal receita as transferências feitas pela União e estados, destacando-se, dentre estas, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Existe, portanto, uma clara dependência, por parte dos entes municipais, das receitas distribuídas pelo ente federal (CUPERTINO e FARONI, 2012).

Os municípios brasileiros mostram enormes disparidades entre si, apresentando desigualdades sociais e econômicas que refletem em um intenso desequilíbrio entre regiões

mais pobres e mais desenvolvidas e revela que a autossuficiência de alguns, que se assemelham a verdadeiros estados, entra em profundo contraste com a hipossuficiência de outros que ao menos contam com população suficiente para contribuir com tributos mínimos que viabilizem sua auto-administração (NEGRINI, 2009).

Segundo estatísticas da Secretaria do Tesouro Nacional, os recursos do FPM representaram 18% da receita corrente municipal de 2000 a 2012 (IPEA, 2016). Essa é uma consequência direta da baixa capacidade de arrecadação de muitos municípios, principalmente porque suas fontes primárias de receita seriam IPTU, ITBI e ISSQN.

No entanto, a maioria deles é majoritariamente de natureza rural, enquanto os impostos acima mencionados referem-se principalmente à tributação do meio ambiente metropolitano. O Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR) também pode ser integralmente apropriado por municípios que tenham convênios com a União Federal e realizem a fiscalização, a arrecadação e a arrecadação do imposto, na forma da Constituição Federal (RIBEIRO e MOREIRA, 2016) (ROSENBLATT E LEÃO, 2018).

Parece que as nações em desenvolvimento têm desafios significativos na tributação da propriedade rural. Como principais motivos, a falta de recursos administrativos e a complexidade da avaliação e qualificação das propriedades, fatores que refletem em ineficiências do federalismo brasileiro: diversas disparidades sócio regionais e necessidade crítica de divisão de renda para a existência de muitas cidades. De acordo com Sandford (*apud* ROSENBLATT; LEÃO, 2018, p. 2495), “como regra geral, o poder de tributar de um nível de governo reflete suas funções e grau de autonomia”.

Dessa forma, o dado evidencia a dependência e a insustentabilidade dos entes municipais que, juridicamente, deveriam ser independentes. Diante dessa disparidade, o FPM desempenha um papel importante na redistribuição da riqueza, o que, em certa medida, oferece fôlego financeiro e aumenta a capacidade de investimento dos Municípios de frágil autonomia financeira.

No entanto, devido às necessidades de seu plano econômico, a União muitas vezes acaba concedendo vantagens e isenções fiscais que colocam em risco os pagamentos feitos via FPM, agravando a situação dos inúmeros Municípios que dependem desses recursos. Essas isenções fiscais constituem uma perda significativa de receita à luz das necessidades agudas de recursos dessas organizações subnacionais.

O federalismo econômico previsto na Constituição Federal é distorcido pelos problemas expostos. Uma vez que a autonomia financeira resta prejudicada, as autonomias

administrativa e política também. Diante do impasse, surge a chamada “extrafiscalidade” – a capacidade do Estado de intervir na ordem econômica por meio da aplicação de impostos.

Nesse sentido, o Poder Público edita as leis tributárias indutoras, que são utilizadas pelo governo para estimular ou desestimular comportamentos particulares, definindo o caminho a ser seguido na economia. A redução ou supressão da carga tributária estimula, enquanto seu aumento inibe determinados comportamentos dos contribuintes. Para evitar o favorecimento de um único grupo econômico, esses critérios devem ser utilizados em consonância com objetivos e normas constitucionais bem definidos.

Como resultado, deve haver uma preocupação considerável quanto ao controle de tais métodos. Além disso, a concessão de privilégios a alguns setores da economia, em detrimento de outros, violaria princípios fundamentais do direito tributário e constitucional, como a legalidade e a isonomia. Portanto, os incentivos realizados sem monitoramento adequado de sua eficácia consistem em insulto aos valores constitucionais fundamentais.

Por outro lado, o período de crescimento econômico foi prejudicado por uma redução substancial do investimento, resultando em queda do PIB e aumento da taxa de desemprego devido ao colapso da crise econômica mundial que se sucedeu no ano de 2008. Assim, o governo federal anunciou um esquema de isenção de impostos significativo com o intuito de promover o consumo em certas áreas da economia e criar desenvolvimento econômico. Essa política preocupava-se, principalmente, com a isenção do IPI e do imposto de renda, que beneficiava os setores de automóveis, móveis e eletrodomésticos (RIBEIRO e MOREIRA, 2016) (ROSENBLATT E LEÃO, 2018).

Apesar dos impactos benéficos no aumento da produção e do consumo, as mencionadas exclusões resultaram em substancial redução da receita e, conseqüentemente, transferências para outros entes federativos, principalmente pequenos Municípios que dependem significativamente do FPM (CUPERTINO e FARONI, 2012).

Afinal, como dito anteriormente, o FPM é composto tanto de arrecadação de IPI quanto de IR. Um estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com base em dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Receita Federal do Brasil (RFB), revelou dados preocupantes sobre os "efeitos colaterais" do referido IPI e isenção do Imposto de Renda política como forma de combater os efeitos da crise econômica global no Brasil. Pelas estimativas do estudo, para cada R\$ 1,00 desonerado, R\$ 0,58 deixou de ser pago aos municípios entre 2008 e 2012. Juntos, esses entes da federação perderam quase R\$ 190 bilhões (RIBEIRO e MOREIRA, 2016).

Essas isenções chamaram a atenção para o desequilíbrio do federalismo no país e para a perda de autonomia dos entes municipais – fator determinante na definição da forma federativa de Estado. Ao mesmo passo, há clara ausência de um planejamento fiscal e econômico de longo prazo voltado para o verdadeiro social do país e para o desenvolvimento regional.

Com a redução das verbas pagas ao FPM, muitos municípios passaram a buscar o Judiciário para evitar o pagamento das desonerações do governo federal, tema que será examinado de forma crítica durante esta pesquisa (GUILHERME, 2010).

Atualmente, discute-se a revisão do Pacto Federativo, no intuito de tornar a governança mais democrática no Brasil. Nesse intuito, 24 propostas são discutidas em busca de definir diretrizes que promovam autonomia dos municípios nas políticas públicas. As discussões caminham no sentido de criar um modelo tributário que garanta aos municípios uma maior parcela das receitas do Estado brasileiro. Assim, são revisados critérios de distribuição dos recursos tributários aos municípios considerando o princípio da equidade fiscal; revogação do teto de gastos da União; substituição das emendas parlamentares por editais de livre concorrência entre os municípios; e destinação das propostas são, em grande parte, para o Congresso Nacional e ao Governo Federal.

Ainda que tenha ocorrido efetivamente o fortalecimento dos governos locais com a promulgação da CF de 1988, esse processo não ocorreu sem um forte tensionamento intra-federativo, que apresentou avanços e recuos na descentralização política e perdura até hoje. Deve-se considerar que a efetivação de políticas públicas é tarefa complexa nesse ambiente intra-federativos e que as condições extremamente díspares entre os municípios brasileiros, resultado da heterogeneidade territorial nacional, principalmente quanto à desigualdade na distribuição populacional e produtiva, que gera municípios em condições socioeconômicas muito diferenciadas (ARRETCHE, 2011).

Em outras palavras, o maior problema da tributação brasileira reside na tendência do governo federal em concentrar a maior quantidade de receita possível. Uma reforma tributária que regulamentasse a desigualdade no acesso a rendas, com divisão justa das despesas e respeito ao pacto federativo brasileiro é a única solução para estes problemas. Nenhuma reforma logrará sucesso em restaurar o equilíbrio federativo sem mudar esta tendência estrutural da legislação tributária.

Atualmente, são três as propostas de Reforma Tributária que aguardam a aprovação do Congresso Nacional. Possuem, em comum, a estratégia de simplificar o cálculo e tipos de impostos, promovendo algumas mudanças na forma como é feita a cobrança. No

entanto, existe um foco das propostas existentes, na tributação sobre o consumo, o que não resolveria o problema relacionado ao desequilíbrio no pacto federativo.

Dentre todas, a proposta da PEC 110/2019 parece a que melhor colabora neste sentido. Isso pois promove propostas sobre outras formas de tributos (BRASIL, 2019). Um segundo e importante diferencial reside no fato do projeto trabalhar uma mudança na gestão dos impostos para o Estado, removendo a União da arrecadação de alguns destes tributos. Ao menos em teoria, essa proposta subtrai a aglutinação do governo federal sob a tributação e aumenta a aquisição dos tributos por parte dos Estados e Municípios, reequilibrando assim o pacto federativo no que concerne à tributação entre os níveis da federação (RODRIGUES, 2021).

CAPÍTULO 3. FEDERALISMO COOPERATIVO E CONSÓRCIOS PÚBLICOS

3.1 Federalismo cooperativo

Segundo Douglas Genelhu de Abreu Guilherme (2010, p. 301), a forma de federalismo adotada na República Federativa do Brasil foge dos padrões que existiam na época de sua adoção:

A federação brasileira, ao contrário do federalismo clássico onde ocorre a união espontânea de unidades políticas até então independentes, surgiu do desmembramento de um Estado unitário. A realidade é que as unidades que se associaram não eram independentes. A condição de entidade política não resultou de outra coisa senão do texto da Constituição Federal de 1891 que, promulgada, alçou as províncias ao status de Estados-membros.

O federalismo é fruto de diversas teorias políticas, jurídicas e fiscais que apoiam a análise de muitos pensadores das ciências sociais. Como resultado, a literatura reflete a disputa sobre as modalidades do federalismo, em vez de uma descrevê-lo direta e objetivamente. Ribeiro e Moreira (2016) destacam duas abordagens que permitem uma descrição conceitual sintética do conceito. A primeira é a da América do Norte, em que a existências de diversos Estados é unificada em apenas um, soberano, com a descentralização dos poderes entre estes Estados pré-existentes. O segundo modelo, que inclui o Brasil, ocorre em direção contrária: um Estado inicialmente unitário descentraliza a própria autoridade, criando os Estados-membros da federação.

O federalismo é definido pelas principais características: autonomia dos estados membros, que transfere soberania ao chamado estado federal; Constituição compartilhada por todos os entes federados; ausência do direito de secessão; participação dos Estados-membros no governo central; divisão de competências entre o Estado Federal e os entes federados; e, por fim, a distribuição de renda (ROSENBLATT; LEÃO, 2018).

Todavia, embora os propósitos da descentralização do sistema federativo sejam nobres, e as virtudes sociais possam ser encontradas em sistemas unitários e centralizados, o problema associado aos elementos cooperativos é aparente na política brasileira, em especial no setor de saúde (RIBEIRO e MOREIRA, 2016).

Conclui-se que o modelo de federalismo cooperativo no Brasil é distinguido pela descentralização de poder e concessão de autonomia político-administrativa, aliado à distribuição de competências comuns e concorrentes entre os entes federativos pela Constituição Federal.

3.2 Os consórcios públicos

A complexidade do desenho do federalismo brasileiro, com suas arenas de negociação, coordenação e produção de políticas e serviços públicos, rodeado por interesses de competição e cooperação, restrições orçamentárias e financeiras e a elevação das demandas sociais por bens e serviços públicos implica a necessidade de estabelecer articulações federativas ampliadas. É necessário criar modelos de instituições públicas que superem as relações sociais estabelecidas pelo pacto federativo.

É preciso construir políticas públicas que superem uma perspectiva individualista e abarquem uma dimensão mais comunitária de gestão pública, ou seja, considerando-se ações desenvolvidas tanto pelo Estado e quanto pela sociedade civil, visto que a política pública é um bem de todo indivíduo (REIS, 2019).

Nesse contexto, é útil criar instituições e estruturas jurídico-políticas que viabilizem a governabilidade em territórios onde as diferenças entre os atores políticos exigem a elaboração de engenhos para vencer poderosas forças desagregadoras (OLIVEIRA, 2010). Assim, surgem as vantagens do estabelecimento de consórcios públicos, podendo ser citados os ganhos de escala e compartilhamento de custos, prestação regionalizada e hierarquizada de serviços e maior estabilidade em relação às mudanças políticos-eleitorais (MACHADO, 1997).

Os consórcios, regulamentados no Brasil pela Lei nº 11.107/2005, são considerados ferramentas que integram dois ou mais entes federados para o desenvolvimento

conjunto de projetos de âmbito regional para a prestação de serviços públicos em comum. Na área de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um consórcio público que projeta um planejamento integrado com gestão conjunta da saúde, em vez de debater ações para cada localidade isoladamente, em nome da economia e da efetividade do serviço prestado.

Os compromissos de cooperação abarcam a realização de atividades temporárias ou permanentes, obras ou serviços de interesse público, podendo se voltar para a solução de problemas específicos ou para a organização de um conjunto de serviços de atenção secundária e terciária na saúde.

Paralelamente, os consórcios administrativos são caracterizados por acordos consolidados entre entidades de governo da mesma espécie (Município com Município ou Estado com Estado, por exemplo), o que os diferencia dos convênios administrativos, que são firmados entre entes diversos. Assim, não existem relações hierárquicas ou de subordinação dentro de um consórcio administrativo e a inclusão ou exclusão dos membros pode ser realizada a qualquer momento. A discussão sobre o conceito jurídico de consórcio público foi relevante e significativa porque, antes da promulgação da Lei nº 11.107/2005, esse instituto era visto como uma espécie de contrato administrativo celebrado pelos entes federados para o cumprimento de um objetivo comum.

Os consórcios públicos podem ser unicêntricos, com a canalização de esforços para a oferta de serviços, ou policêntrico, com a repartição dos diferentes serviços a serem prestados entre os Municípios integrantes (FARIAS, 2017).

Batista (2011) apresenta um rol extenso e detalhado de vantagens ligadas aos consórcios públicos

I - fortalece a autonomia do município e a democracia, descentralizando as ações de governo; II - aumenta a transparência e o controle das decisões públicas; III - fortalece os princípios de subsidiariedade e solidariedade que sustentam a arquitetura da Federação Brasileira depois de 1988; IV - melhora o relacionamento das Prefeituras com outras esferas de governo, possibilitando que os recursos cheguem mais rápida e facilmente; V - diminui as distâncias existentes entre as esferas locais e os Estados e a União; VI - aumenta o poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios; VII - dá peso político regional para as demandas locais; VIII - cria mecanismos mais eficientes para uma gestão pública menos suscetível a disputas partidarizadas e menor comprometimento da implantação das políticas; IX - cria formas concretas de intermediação entre as ações dos níveis centrais (Estado e União) com as realidades das Administrações Municipais; X - resolve problemas regionais sem se limitar às fronteiras administrativas; XI - assegura agilidade na elaboração de diagnósticos e ações de governo, necessárias para enfrentamento dos problemas e prioridades regionais; XII - desloca o centro das decisões sobre políticas públicas para esferas mais próximas das populações assistidas; XIII - leva aos governos centrais elementos de realidade, o que ajuda a adequar as políticas públicas; XIV - cria canais por onde podem fluir as experiências criativas das localidades; XV - viabiliza as políticas sociais por meio da democratização dos recursos e do poder de

decisão sobre elas; XVI - dá agilidade à administração municipal, aumentando sua capacidade de realização; XVII - permite o intercâmbio de ideias, projetos e experiências; XVIII - permite que o planejamento das políticas públicas se faça de forma conjunta, com a participação de todos os membros do Consórcio; XIX - ajuda na economia de recursos; XX - valoriza os poucos recursos de que dispõe cada Município; XXI - ajuda às Prefeituras menores, que assim podem receber apoio das Prefeituras que dispõem de melhor infraestrutura; XXII - possibilita diminuição das desigualdades regionais e a baixa capacidade de arrecadação tributária do município; XXIII - cria novos fluxos de recursos para o município, diminuindo sua dependência das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); XXIV - ajuda o município a superar sua incapacidade de investimento público; XXV - permite a realização de ações inacessíveis a um único município; XXVI - viabiliza obras de grande porte e serviços de alto custo, que não são acessíveis à maioria das localidades; XXVII - promove a constituição de aparatos institucionais competentes, com capacidade técnica e de recursos, para elaboração e financiamento de projetos (BATISTA, 2011, p. 59).

Para Silveira e Philippi (2008) a vantagem do consórcio público aparece a partir da possibilidade de viabilizar o planejamento local e regional, superar problemas locais, possibilitar ganhos de escala de produção com racionalização de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, maior eficiência no uso de recursos públicos, mais poder de diálogo, pressão, negociação e transparência das decisões públicas.

Quanto à forma de financiamento da saúde, Reis (2019) aponta o desafio da finitude de recursos, necessitando constante acompanhamento e avaliação do gestor. para que se consiga atender ao máximo com o mínimo, ou seja, otimizando-se os recursos públicos para atender a um maior número de pessoas. Dito isso, Baldissera (2015), observa-se que os consórcios públicos são uma alternativa de gestão compartilhada de ações governamentais, especialmente em contextos que envolvem diversidade política, econômica e social, tal como no federalismo brasileiro. É um mecanismo que atende aos diversos anseios da população, garantindo a prestação de serviços de qualidade.

Saber como proceder à constituição de um consórcio é imprescindível para um conhecimento mais aprofundado da presente temática. Os entes federados interessados em ingressar em consórcio devem elaborar um protocolo de intenções, o qual, se firmado, será validado por legislação, elaborada pelo Poder Legislativo de cada entidade que assinou o protocolo de intenções – esta é a definição de consórcio público.

Após a formação do contrato público, será convocada uma assembleia para a redação do estatuto do consórcio, que regerá a estrutura e o funcionamento de cada uma das entidades que o compõe. Daí, surge o contrato de programa, que discrimina as responsabilidades das entidades perante o consórcio público, especificando a gestão de serviços públicos em que haja transferência de encargos, serviços, pessoas ou produtos.

O contrato de rateio, que deve ser estabelecido a cada exercício, será elaborado para prover os recursos que serão disponibilizados pelas empresas consorciadas ao consórcio público (RIBEIRO e MOREIRA, 2016). No setor da saúde, a formação de consórcios intermunicipais cresceu rapidamente na década de 1980, auxiliada pela municipalização da saúde e pelo crescimento do movimento de descentralização. A Lei Federal nº 8.142/1990 dispõe que os municípios poderão constituir consórcio para a realização de atividades e serviços de saúde, realocando entre si parte dos recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; SILVA *et al.*, 2014; LIMA, 2000).

A respeito do consórcio público, Salgado (2014) explica que é uma tecnologia jurídico-institucional que objetiva viabilizar uma ação pública em rede, unindo e integrando entes federativos autônomos para realizar atividades e projetos de interesse comum. Este instituto facilita o planejamento local e regional em saúde; viabiliza o investimento financeiro integrado e contribui para superar desafios locais no processo de implementação do SUS. Além disso, favorece o planejamento intergovernamental, permitindo articular políticas públicas entre os entes federativos. Também, minimizar a fragmentação e racionaliza os investimentos realizados pela União, estados e municípios. Para Julião (2018) o consórcio é um modelo de gestão capaz de promover a descentralizar e racionalizar serviços públicos por meio da cooperação intergovernamental. O modelo promove tanto o compartilhamento de recursos quanto o exercício de competências por meio de um novo arranjo institucional.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do SUS, trata dos consórcios municipais no artigo 10, quando diz sobre os municípios poderem constituir consórcios para colaborar no incremento das atividades e cuidados de saúde que lhes sejam relevantes:

Art. 10 - Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990).

A Norma Operacional Básica do SUSNOB-SUS 01/96, por outro lado, embora não tratando especificamente de um consórcio intermunicipal, definiu as bases para a adoção deste instrumento de forma a promover o exercício pleno da função de gestor de seus atenção à saúde do cidadão pela rede pública municipal de poder e Distrito Federal.

O conceito de consórcio também é reforçado quando a NOB determina que todas as ações e serviços de saúde devem ser desenvolvidos em rede de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, que não precisam ser propriedade da respectiva prefeitura ou ter sede no território do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Assim, com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996, os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser vistos como estratégias de articulação e mobilização dos municípios, com coordenação dos entes participantes do consórcio, a partir das características geográficas, demanda e dados epidemiológicos, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços.

Essa coordenação intermunicipal está intimamente ligada à função do gestor estadual, conforme preconiza a NOB 96, que é organizar o Sistema Único de Saúde no seu âmbito, além de disciplinar a referência, a contrarreferência e a regionalização. A referida competência está mais patente no Programa Pactuada Integrada - PPI, ambos avaliados e aprovados pelo Comitê Intergestores Bipartite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; LIMA, 2000).

As referidas empresas podem estar localizadas em outro município, mas foram agregadas por meio de um contrato que poderá ser devidamente celebrado por meio de um consórcio. Por isso, ao decidir pela formação do consórcio, os gestores municipais devem estabelecer a articulação necessária com o gestor estadual, para que as ações e serviços do consórcio integrem o PPI, o que não exclui o pressuposto básico dessa forma de atuação: a preservação de autonomia de cada município.

De fato, a autonomia do ente municipal se manifesta na atuação como gestor do sistema local de saúde – coordenação, articulação, negociação, planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria. De posse dessas informações e no cumprimento dessas atribuições, o município poderá utilizar o consórcio como ferramenta para o enfrentamento de problemas de saúde que não poderia administrar sozinho e que são importantes para o alcance dos objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população (LIMA, 2000).

Lima (2000), inspirado nos dados do Ministério da Saúde (1993), afirma, ainda, que a reforma orçamentária de 1988 impactou a tendência de descentralização do setor saúde. O aumento dos investimentos municipais não compensou a saúde de forma equitativa. Como resultado, a autora acredita que um modelo de "descentralização desenfreada" foi adotado com sucesso para substituir a descentralização pretendida anteriormente para a implantação do

SUS. Todavia, há outros aspectos que podem influenciar positiva e negativamente na formação dos consórcios para fins de saúde.

Por fim, os consórcios podem ser de diferentes tipos (comercial, empresarial ou administrativo), sendo que, na saúde, o mais comum é o administrativo, tratado no tópico a seguir – a escolha segue um critério de importância deste tipo de consórcio.

A respeito da natureza jurídica parte da teoria argumenta que os consórcios públicos não possuem caráter contratual, pois o contrato é marco por vontades conflitantes, enquanto todos os integrantes de um consórcio compartilham dos mesmos interesses. Na mesma linha, segundo Rodrigues (2014), os consórcios públicos mais se aproximam da noção de convênios.

A natureza jurídica dos consórcios públicos é contratual, com fundamento, especialmente, em seu ato constitutivo, entendido como caracterizador da natureza jurídica dos consórcios e o que pode assumir caráter plurilateral ou organizacional.

Segundo Silva, Oliveira e Nogueira (2014), estão presentes no ato constitutivo de um consórcio público os seguintes elementos: a) assunção de obrigações relativas à composição dos ativos; b) delegação de certas atribuições e competências, e, por fim, c) transferência de ativos e pessoal para a entidade. Em outras palavras, ao ratificar o consórcio público, a entidade que assumir responsabilidades perante ele assume obrigações recíprocas dignas assim como em um contrato plurilateral.

Independentemente das diferenças na estrutura jurídica dos consórcios, parece-nos que esta distinção, baseada na convergência ou divergência de interesses, já não é relevante para acomodar as novas tendências comerciais da Administração Pública. Tais fórmulas nem sempre se enquadram exatamente nos paradigmas clássicos dos contratos.

Portanto, torna-se relevante conferir tratamento amplo à figura contratual, para abrigar fórmulas novas de contratos que sejam adequadas ao dinamismo e novos modos de agir da Administração. Nesse contexto, estão os convênios e consórcios administrativos. Portanto, há que se reconhecer a adoção, pelo ordenamento jurídico pátrio, da natureza jurídica contratual dos consórcios, com atenção especial a um conceito mais amplo de contrato, para nele incluir as relações formadas por acordos de vontade (ROSENBLATT E LEÃO, 2018).

Embora a Lei Orgânica da Saúde especifique a possibilidade de consórcios entre Municípios, antes de 2005 não havia lei explícita no Brasil voltada à criação de consórcios públicos. Devido ao aumento do número de consórcios e à ausência de legislação particular, a discussão entre Executivo e Legislativo se intensifica a partir de 2003, culminando na

aprovação da Lei nº 11.107, em abril de 2005, que regulamenta a contratação de consórcios públicos. Essa legislação foi posteriormente alterada pelo Decreto nº 6.017, de 2007.

Desse modo, a exemplo das fundações públicas de direito público, as associações públicas devem receber tratamento igual ao despendido às autarquias, embora as atividades de cada pessoa sejam distintas. Em implicação, embora a Constituição e a legislação subsequente tenham reafirmado a autonomia e o dever dos Municípios na execução de grande parte dos programas públicos, a esmagadora maioria carece de capacidade administrativa e gerencial para fazê-lo.

Aos consórcios públicos, após a Lei nº 11.107/2005, foram atribuídas a possibilidade de serem considerados contratos, com a possibilidade de a União poder integrá-lo. Impôs-se a exigência de autorização legislativa para formatação dos consórcios, além da imposição de personificação dos mesmos (OLIVEIRA, 2018).

O acordo, em seu sentido estrito, envolve diferentes níveis políticos ou entidades públicas e privadas. O consórcio público, por sua vez, se trata de um contrato de testamentos entre participantes de exata natureza política, ou seja, é firmado entre Municípios ou entre Estados.

De acordo com os critérios do artigo 1º da Lei nº 11.107/2005, a criação do consórcio público tem início com a constituição de uma nova organização jurídica de caráter interfederativo (HARGER, 2007), (CUPERTINO e FARONI, 2012).

É neste íterim que surge a definição trazida pelo Decreto nº 6.017/2007, que disciplina a legislação supracitada e designa o consórcio público da seguinte maneira:

Art. 2º - Para os fins deste Decreto, consideram-se: I – consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (BRASIL, 2007).

Para Marcelo Harger (2007) consórcios públicos são:

[...] pessoas jurídicas com personalidade de direito público ou direito privado, formadas exclusivamente por entes federativos, criadas por lei ou por intermédio de autorização legislativa dos entes federados, que desejam associar-se, para, sem objetivar lucros, atender a serviços públicos de interesse comum dos consorciados (HARGER, 2007, p. 82).

Já nas palavras de Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2020), consistem em:

associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal ou Municípios), com personalidade de direito público ou direito privado, criadas mediante autorização legislativa, para a gestão associada de serviços públicos (DI PIETRO, 2020, p. 239).

Diante disso, conclui-se que consórcio público é o acordo de interesses entre dois ou mais entes federativos, na constituição de pessoa jurídica que tem como objetivo o de atingir um objetivo comum, normalmente consistente na prestação de um ou mais serviços de interesse coletivo, com economia de escala e coordenação de interesses convergentes, em promoção da eficiência da administração.

A atribuição de direitos e responsabilidades específicas aos consórcios públicos consiste em uma grande novidade jurídica e administrativa. Este relativo novo tipo de organização, que é dotada de essencial autonomia administrativa, influencia diversos aspectos da Administração Pública indireta.

Para formar o consórcio público, todos os entes federativos participantes devem assinar um contrato preliminar com o protocolo de intenções, definindo as condições de gestão do consórcio, por meio de seu representante legal – no caso, o titular do Poder Executivo. Na verdade, uma vez que a metas da nova organização jurídica estão sendo formadas, são definidas as responsabilidades de cada unidade da federação, em atendimento à um requisito essencial dos consórcios públicos (DI PIETRO, 2020).

No entanto, a personalidade jurídica do consórcio não resta constituída da aprovação do protocolo de intenções, ou contrato do consórcio público, a ser realizada por cada um dos órgãos legislativos competentes. Assim, o Poder Legislativo pode rejeitar ou afirmar parcialmente a lealdade de um consórcio público recém-formado. Conclui-se, portanto, que o consórcio público é fruto de um convênio entre os entes federativos, e que está sujeito aos interesses dos Poderes Executivo e Legislativo de cada um.

Da mesma forma, o ente federativo pode renunciar ao consórcio público, pois tanto o ingresso quanto a retirada de um ente de um consórcio público é fruto de sua autonomia administrativa. Mesmo com renúncias, o consórcio público continuará existindo enquanto pelo menos duas das organizações que o constituíram estiverem nele. A jurisdição de seus membros é o limite geográfico de sua atuação ou de qualquer região especificada no contrato (FARIAS, 2017).

O consórcio público pode ter caráter jurídico de direito público, na forma de associação pública, ou de direito privado, na forma organização civil, nos termos do art. 1º e inciso IV do art. 4º da Lei nº 11.107/2005, e art. 7º do Decreto nº 6.017/2007. Em qualquer uma das possibilidades, estão sujeitos às normas do Direito Econômico e devem se reportar ao

Tribunal de Contas competente, pois se trata de unidade orçamentária independente que trabalha com dinheiro recebido de entidades federadas, independentemente de seu estatuto jurídico.

A partir de 2008, a União somente celebrará contratos com consórcios públicos constituídos ou convertidos em associação pública, o que compromete a atuação de consórcios públicos de natureza jurídica de direito privado, que não possam receber transferências voluntárias de órgãos federais, conforme estabelece o referido decreto (RODRIGUES, 2014).

Por sua vez, os consórcios de saúde são obrigados por lei a aderir aos princípios e normas do SUS. O regulamento exige uma série de procedimentos a estes consórcios especificamente, incluindo a aceitação dos planos nos conselhos de todos os Municípios interessados, o que torna ainda mais complexo o seu processo de constituição.

Além disso, ao implementar a descentralização administrativa, os entes federativos que integram o consórcio público devem sempre manter o poder administrativo. Isso implica que não há incentivo para selecionar o caráter jurídico do direito privado, uma vez que as custas judiciais de direito público incorrem de qualquer maneira, embora sem acesso às vantagens de tal sistema. Como resultado, este edifício, que alguns entendem que nunca deveria ter sido construído, foi condenado (RODRIGUES, 2014).

A saber, a entende a doutrina majoritária compreende que todos os consórcios públicos – de direito público e privado – integram a Administração Indireta dos entes políticos consorciados. Por isso, todos esses entes são capazes de exercer supervisão ministerial, ou, em outras palavras, a tutela ordinária sobre os consórcios, motivo pelo qual eles são considerados entidades multifederativas.

a) Consórcios públicos de Direito Privado

A descentralização por colaboração é feita por contrato ou ato unilateral, através do qual se atribui a execução de serviço público a uma pessoa de direito privado, conservando o poder público a sua titularidade. Isto permite à entidade privada dispor do serviço de acordo com o interesse público, envolvendo a possibilidade de alterar unilateralmente as condições de sua execução e de retomá-la antes do prazo estabelecido.

O controle é muito mais amplo do que aquele que se exerce na descentralização da administração pública, porque o poder público permanece detentor da titularidade do serviço. Embora sem a grande vantagem originária das concessões na realização do serviço, sem

dispêndio de capital público, o procedimento é legal, desde que assegurada ao poder público a disponibilidade sobre o serviço (SILVA *et al.*, 2014).

A partir da década de 1990, sob o impulso da chamada Reforma do Estado e da privatização, a concessão de serviços públicos volta a ser utilizada sob a forma originária de delegação a empresas privadas. Adota-se, para tanto, dois possíveis caminhos: 1) a desestatização, com a venda de ações de empresas estatais para o setor privado, com o que tais empresas deixam de estar sob o controle acionário do Estado; e 2) a abertura de licitação para outorga de novas concessões, seja a tradicional, seja sob a forma de parceria público-privada, nas modalidades de concessão patrocinada e concessão administrativa (SILVA *et al.*, 2014).

Segundo Mendes (2012), a área de compras e contratações governamentais é muitas vezes esquecida nos processos de contratação realizados pelo Estado, mas deve ser um dos componentes mais importantes no atual contexto de transformação da organização do trabalho para a execução de serviços pelo setor público.

Para entender o futuro das compras governamentais no país, é fundamental analisar a atual evolução do Estado. Uma grande mudança tem ocorrido no campo da execução das políticas públicas, com tendência à descentralização. Assim, o Estado passa de produtor direto de bens e serviços a um Estado cada vez mais contratante, regulador e avaliador (GIRARD, 2006).

Nos últimos anos, a organização estatal brasileira tem concentrado a execução de suas ações por meio da contratação direta de recursos humanos. Neste caso, de acordo com Moraes *et al.* (2010), a organização do trabalho se assenta num baixo nível de contratação externa de serviços, predominando a execução direta com a contratação de funcionários públicos. No entanto, existe uma tendência de mudança nesta estratégia e é provável que haja aumento da participação das compras governamentais no total do gasto público, reduzindo a participação dos gastos diretos com a folha de pagamento de pessoal (PAZZAGLINI FILHO, 2008).

Por outro lado, assevera Castro (2018), o processo de integração econômica que tem ocorrido no continente pode promover o aumento da transparência e da competitividade no setor de compras governamentais. No marco de um provável processo de negociação e implantação de blocos econômicos, como a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA) e o MERCOSUL, pode ocorrer uma convergência das regras do setor, o que ampliaria o mercado para as empresas mais competitivas.

As atuais reservas de mercado estão a diminuir, alterando as possibilidades de recurso às compras governamentais como política industrial e, em contrapartida, os órgãos

encarregados de zelar pela concorrência adquirem maior importância. Com os avanços tecnológicos, todo esse processo de aumento das compras governamentais no continente se acelera, principalmente com a criação de redes de informação que favoreçam o processo de negociação e convergência de padrões (NIEBHUR, 2011).

b) Consórcios públicos de Direito Público

O artigo 41 do Código Civil brasileiro de 2002 especifica as pessoas coletivas de direito público e nomeia os consórcios de direito público como Associações Públicas. Ao colocar a expressão “inclusive” o legislador quis equiparar as associações públicas com as autarquias. A saber:

Art. 41. Os consórcios constituídos em desacordo com a Lei nº 11.107, de 2005, poderão ser transformados em consórcios públicos de direito público ou de direito privado, desde que atendidos os requisitos de celebração de protocolo de intenções e de sua ratificação por lei de cada ente da Federação consorciado. Parágrafo único. Caso a transformação seja para consórcio público de direito público, a eficácia da alteração estatutária não dependerá de sua inscrição no registro civil das pessoas jurídicas.

Com a inclusão das associações públicas como autarquias, elas passaram a integrar a administração indireta dos entes federados consorciados. José dos Santos Carvalho Filho (2008), sustenta a tese de que essas associações possuem natureza idêntica à das Autarquias, com fulcro no artigo supracitado.

Neste contexto, a Lei 11.107/2005 prevê o seguinte:

Art. 6º - O consórcio público adquirirá personalidade jurídica: I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções; § 1º O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados (BRASIL, 2005).

Pertencendo à administração indireta, surge mais uma questão controversa, qual seja: é necessário que os consórcios públicos realizem licitações? Parece óbvio que, nos consórcios entre Municípios ou Estados, o grau de especificidade do objeto do contrato é tão significativo que seria incabível cogitar-se uma licitação. Contudo, há quem entenda que, por força do art. 37, caput e inciso XXI, da CF/88, estão obrigadas a licitar tanto as pessoas de Direito Público de capacidade política quanto as entidades que constituem a sua Administração indireta.

A Lei Federal nº 8.666/93, responsável por estabelecer parâmetros legais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes aos entes federativos, em seu art. 1º e parágrafo único, estatui que suas normas se aplicam aos três poderes e que a ela estão sujeitos os órgãos da Administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladoras direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1993). A mesma lei prevê também que:

Art. 3º A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

Logo, o consórcio público de Direito Público adquire personalidade jurídica mediante a vigência das leis dos Entes da federação que o instituírem. Considerando o fato de que os consórcios públicos são dotados de finalidades que atingem diretamente a sociedade civil, a licitação se torna uma obrigação.

Os consórcios podem, portanto, exercer atividades de competências privativas e não privativas da União, visto que incide o regime jurídico de direito público estabelecido pela Constituição Federal e legislação federal aplicável. Deve a lei de todos os entes consorciados dispor sobre as demais disposições legais e normativas, nas áreas de competência concorrente dos entes respectivos (RODRIGUES, 2014; SILVA; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2014; DI PIETRO, 2020)

3.3 Consórcios intermunicipais de saúde e especialidades médicas

Ao se analisar questões relacionados com consórcios intermunicipais de saúde é frequente observar dificuldades decorrentes tanto de deficiências organizacionais e financeiras quanto de ineficiências por problemas de escala e escopo, pela excessiva fragmentação dos serviços. Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) tiveram origem na esfera do SUS no final da década de 1980 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e foram rapidamente adotados pelos gestores municipais, com o principal objetivo de potencializar os serviços de saúde oferecidos para a população (MACHADO, 1997).

Sobretudo a partir da descentralização proporcionada pela CF de 1988 na área da saúde que trouxe desafios financeiros de grande impacto para os gestores municipais. Assim, o consorciamento se tornou uma forma de ação articulada relevante nos últimos anos e amplamente difundida na área de saúde quando os gestores se deparam com a necessidade de soluções que ultrapassem a capacidade de ação do poder local, tanto em termos financeiros quanto estrutural ou de recursos humanos (BALDISSERA, 2015).

Observa-se que os municípios de menor porte são os que mais participam de consórcios, tanto de um modo geral, quanto específicos na área de saúde. Quando se considera o total de municípios que participam de algum consórcio, em qualquer área de atuação, 88,9% deles possuem até 50 mil habitantes. Ao se considerar apenas a participação em consórcios públicos de saúde, observa-se que 90% encontram-se na mesma faixa populacional. Isto ocorre por que municípios de menor porte dispõem de menor infraestrutura para oferta de serviços estando mais abertos a participar de estratégias de cooperação para obter ganhos de escala ou mesmo prestar serviços que isoladamente não conseguiriam.

De maneira contrária, municípios de maior porte dispõem de maior aporte financeiro e podem não reconhecer a relação custo/benefício ao ofertarem serviços por meio de ações cooperadas (JULIÃO, 2018).

Na realidade brasileira o instituto se tornou cada vez mais presente, Souza e César (2017) afirmam que possibilitam maior integração, viabilização e sustentabilidade na prestação de serviços públicos.

Os consórcios públicos podem ser um suporte aos quase seis mil municípios brasileiros na superação de obstáculos históricos para a gestão institucional na grande maioria deles, decorrentes, sobretudo, da precariedade de recursos técnicos, humanos e financeiros em geral vivenciados, que, sobremaneira, impactam a autonomia desses e, conseqüentemente, o pacto federativo (SOUZA e CÉSAR, 2017, p. 27).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de julho a outubro de 2019, efetuou uma pesquisa nacional referente às informações pertinentes aos consórcios intermunicipais que desempenham funções na área de saúde. O propósito da pesquisa foi a de delinear um “panorama geral de como estão constituídos e organizados os consórcios públicos no âmbito do SUS, especialmente no que tange às suas áreas de atuação e ao alinhamento às disposições legais da Lei nº 11.107, de 2005” (SANTOS, 2021, p. 246).

3.4 Políticas de cooperação intergovernamental

Federalismo cooperativo é um conceito político que abrange as interações entre todos os níveis de governo no contexto de objetivos compartilhados. Trata-se da organização dos entes territoriais de uma Federação, que podem optar por conexões intergovernamentais ou por mais autonomia, caso prevaleçam interesses próprios específicos. Como resultado, a cooperação não é um dado, mas sim o resultado de negociações e barganhas contínuas para chegar a um consenso que combine objetivos nacionais compartilhados, com autonomia subnacional (GRIN e ABRUCIO, 2018).

No entanto, como as autoridades centrais e subnacionais coexistem sob os sistemas federais, suas atividades são altamente interconectadas; por outro lado, muitas vezes apenas moderadamente coordenadas. Este dilema, que envolve as divergências de desenvolvimento de políticas colaborativas e execução de estratégias federativas de alcance, pode ser mais aparente em certas áreas do que em outras.

Falando especificamente em capacidades estaduais locais, este é um problema enfrentado pelo Brasil. Como decorrência, com o fim de abordar este problema de forma coordenada e cooperativa, especialmente devido à crescente múltipla dependência intergovernamental resultante da descentralização das políticas, torna-se fundamental examinar os arranjos institucionais e os resultados do federalismo. Construir essas habilidades é, nesse aspecto, um pré-requisito essencial para uma descentralização administrativa menos desigual (GRIN e ABRUCIO, 2018).

Os consórcios de saúde podem ser considerados entidades deliberativas de políticas públicas em saúde, bem como espaços de planejamento. Essas organizações são formadas por diferentes entes federativos, como municípios, estados e até mesmo a União, com o objetivo de promover a cooperação e a gestão compartilhada de ações e recursos na área da saúde.

Discussões sobre federalismo brasileiro e consórcios públicos podem ter como base as reflexões de Colombo e Lunardi (2020) ao discutirem sobre os motivos que levam algumas populações a decidirem abdicar de suas liberdades e autonomia para formarem um pacto, que colocará limites a esta autonomia e, sobre as reais vantagens para agirem coletivamente. Os autores ressaltam a importância do federalismo para proteger entes federativos contra invasões e ameaças externas, até mesmo militares, além de oferecer uma diversificação da base produtiva desses entes, favorecendo bons contratos entre os parceiros comerciais e permitindo o desenvolvimento da confiança mútua. Oferece, ainda a

oportunidade de um desenho federativo que resolva os conflitos, ompetições e possíveis tentativas separatistas.

Dessa forma, a cooperação entre governos locais contribui para a redução das desigualdades e melhoria da eficiência econômica, sendo importante identificar as condições para que exista a cooperação entre estas esferas (BALDISSERA, 2015). Envolve estruturas institucionais e normas de tomada de decisão que levam em consideração os interesses geográficos dos entes. No entanto, podem variar na medida em que confederem direito de veto às unidades subnacionais, pois o que está em jogo é a distribuição da responsabilidade pelas políticas públicas entre os diversos órgãos do governo, em termos de seu desenvolvimento, execução e financiamento compartilhado (SOUSA e CASTRO, 2017).

Para melhorar a qualidade de vida e a saúde pública, por exemplo, destacam-se as seguintes iniciativas de cooperação intergovernamental em saúde pública municipal: 1) Programa de Modernização das Administrações Tributárias (PMAT), instituído em 1997, no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998); 2) De 1999 a 2002, estava em vigor o Programa Nacional de Apoio à Modernização Administrativa e Fiscal dos Municípios Brasileiros (PNAFM); 3) Comitê de Articulação Federativa (CAF) foi criado em 2003 com o objetivo de apoiar a gestão das prefeituras municipais, entre outros; 4) Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi implantado em 2005 e o problema de certificação das secretarias municipais sempre foi prevalente; 5) Ministério da Educação lançou o Programa de Ações Articuladas (PAR) em 2007, tendo como uma de suas áreas de apoio a modernização das secretarias locais. O PAR passou por mudanças organizacionais no governo Dilma Rousseff em 2012, alterando sua situação jurídica e a forma como foi administrado (GRIN; ABRUCIO, 2018).

O federalismo estimula a produção de políticas públicas mais próximas do localismo, dos territórios em que residem os cidadãos. Entretanto, Colombo e Lunardi (2020) alertam para a possibilidade de que o contrário prevaleça, sendo possível um aumento da competição intergovernamental, maximizando a descentralização e não promovendo trocas entre os entes federativos.

Uma das principais características dos consórcios de saúde é a sua capacidade de tomar decisões conjuntas e deliberar sobre políticas públicas de saúde. Os representantes dos entes federativos participantes têm a oportunidade de discutir e definir diretrizes, estratégias e ações que serão implementadas em conjunto, levando em consideração as necessidades e realidades locais.

Essa capacidade deliberativa é importante, pois permite que os consórcios avaliem as demandas de saúde da região abrangida, identifiquem problemas comuns e busquem soluções de forma coletiva. Essas decisões podem abranger desde a alocação de recursos financeiros até a definição de políticas de atendimento, prioridades de investimento, aquisição de medicamentos e insumos, entre outros aspectos relacionados à saúde.

Além disso, os consórcios de saúde também são espaços de planejamento. Eles proporcionam um ambiente propício para o desenvolvimento de estratégias conjuntas, metas e objetivos a serem alcançados pelos entes federativos envolvidos. Esses planos podem incluir ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população e melhorar a utilização dos recursos disponíveis.

Geralmente, observa-se que a criação de estruturas de cooperação federativa resultam em impactos menores quando comparados às inadequações que haveriam em caso de gestão apenas em âmbito local. Deve-se enfatizar, entretanto, que os esforços federais para promover capacidades estaduais são muito novos (RODRIGUES, 2014).

Até 2003, o Brasil não tinha experiência anterior com uma arena federativa envolvendo a União e governos locais. A estrutura desta conferência foi única entre as federações, já que seus equivalentes incluem três níveis de governo (no caso da Suíça, Austrália, Estados Unidos e África do Sul), ou pelo menos a União e estados (no caso da Alemanha, Canadá e Índia). A CAF ofereceu-se para estabelecer uma nova estrutura estadual nacional baseada na melhoria das capacidades institucionais locais, o que foi visto como um obstáculo.

A CAF buscava um "pacto bilateral" entre os governos local e federal, pois acreditava que a descentralização política e econômica não resultou em estruturas ineficientes de cooperação intergovernamental. Além disso, devido a um ambiente regulatório mais complicado, o objetivo era qualificar a burocracia municipal. No entanto, um fórum com esta estrutura depende de organizações especializadas do governo central. Além disso, quando o acordo não é predeterminado, a dinâmica das interações intragovernamentais pode ser importante para a estrutura da cooperação intergovernamental.

Como resultado, uma das razões para a capacidade limitada da CAF, no sentido de influenciar a agenda do Governo Federal e obter o apoio das autoridades centrais, foi devido à sua falta de poder de decisão e competência técnica. O poder intragovernamental é necessário para que os fóruns federativos produzam resultados intergovernamentais. A CAF não conseguiu chegar a acordos intragovernamentais com os órgãos federais envolvidos no desenvolvimento da política da administração municipal (GRIN e ABRUCIO, 2018).

Dessa forma, a presença de políticas, programas e arranjos de cooperação federativa representa um avanço no enfrentamento das dificuldades de qualificação das capacidades institucionais municipais. Quando se trata de responder à questão da modernização da administração municipal, os marcos da política nacional são a arquitetura política e institucional mais adequada, levando em consideração as peculiaridades do federalismo brasileiro.

No entanto, existem vários projetos institucionais disponíveis para esse fim. Com base na arena política, ela pode ser centralizada, como no caso do PMAT e PNAFM, bem como a função dos subgovernos, ou descentralizada, como o convênio realizado no âmbito do SUAS. É possível descobrir dinâmicas cooperativas e competitivas no CAF e SUAS, que facilitavam o acesso aos dois programas federais privilegiados pelos maiores e mais abastados municípios. Regras de acesso indutoras positivas (SUAS e PAR) coexistem, enquanto PMAT e PNAFM aumentam as assimetrias de adesão.

Alguns instrumentos, como o IGD-SUAS, promovem o crescimento da gestão; em outros casos, a modernização administrativa pode ser atrasada para a maioria das cidades devido a necessidades financeiras, conforme mostrado em ambos os programas. A abordagem dos sistemas de políticas produz penalidades positivas que, quando avaliadas, ajudaram a qualificar a gestão municipal em menos de dez anos.

Em contrapartida, a estrutura do PMAT e da PNAFM, ao priorizar os municípios em melhor situação, pouco ou nada proporcionou para atender às demandas do universo mais amplo em termos de aumento da capacidade estadual (RIBEIRO e MOREIRA, 2016); (SOUSA e CASTRO, 2017). Assim, dependendo da institucionalidade em questão, existem diversas atuações na colaboração federativa.

Portanto, variados caminhos são percorridos nas interações intergovernamentais do Brasil. Além disso, todos eles se concentram nos mesmos municípios como possíveis beneficiários das opções de convênios estabelecidas. A coordenação dos vários arranjos territoriais, políticas públicas e programas continua sendo um grande problema para a Federação brasileira, pelo menos na área examinada neste artigo.

De acordo com Pressman (*apud* GRIN e ABRUCIO, 2018), a fragmentação do programa pode encorajar a negociação por governos subnacionais que são política e administrativamente mais competentes para atuar em ambientes de poder disperso. Atuar com essa desenvoltura exige o domínio de habilidades específicas, o que tem como efeito a possibilidade de ampliação das desigualdades federativas de acesso.

Como tal capacidade não é garantida de maneira uniforme, alguns municípios podem ganhar o dobro de outros, reduzindo a eficiência da cooperação intergovernamental. Este resultado na execução dos dois projetos pode ser visto na concentração regional e no acesso dos grandes municípios. Segundo Wright (*apud* RODRIGUES, 2014), ter programas baseados nas variáveis de oferta e demanda é insuficiente, uma vez que a "dinâmica" das interações federativas é mais complicada do que a "estática" desses princípios. Pode haver razões para “empurrar” os usuários em potencial para os programas, mas o acesso e as circunstâncias políticas e econômicas podem influenciar a probabilidade de buscar essa assistência.

É notório o efeito sobre a ordem federativa, como consequência do descaso e da falta de esforços para solucionar o problema atual. As unidades perdem a capacidade de estabelecer até mesmo sua própria política de ajuste e são obrigadas a aderir aos parâmetros estabelecidos pela autoridade central. Mesmo em uma nação com federalismo centralizado, onde a esfera federal define políticas públicas e padrões operacionais, o grau de concentração de poder atingiu um nível sem precedentes (GRIN e ABRUCIO, 2018).

Na ausência de discussões sobre o que deveria ser a federação, o arranjo atual é definido por estados e municípios isolados que cumprem as determinações, tendo que arcar com suas perdas e desorganização, o que contribui para sua escassez financeira e complica a situação da saúde pública nacional.

3.5. Os Consórcios de saúde contra a pandemia de COVID-19

No ano de 2020, a pandemia do COVID-19 interrompeu serviços essenciais de saúde em 93% dos países em todo o mundo, ao mesmo tempo em que a demanda por saúde aumentava. Conforme aponta Nicolélis (2021), a OMS, contando com dados de 130 países, considerou urgente a necessidade de maior financiamento na área da saúde, considerando especialmente os impactos devastadores aos serviços de saúde ocasionados pela pandemia.

Os líderes de todo o mundo enfrentam, nesse contexto, a seguinte dicotomia: há uma pressão para a retomada da vida social e pública; ao mesmo tempo, a reabertura dos países antes do devido preparo dos sistemas de saúde seria correr um enorme risco de ocorrer um surto total, com um punhado de casos de COVID-19 concentrados em determinados locais. As decisões devem ser ponderadas estrategicamente e ponderadamente (CANDIDO *et al.*, 2020).

No planejamento de reabertura, os principais dados a serem considerados eram aqueles referentes à propagação do vírus e a situação dos sistemas de saúde do local. A análise

deve chegar a um plano de reabertura que combine medidas preventivas. Segundo Nicolélis (2021, p. 128):

Na noite de 11 de outubro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil confirmou que mais de 150 mil brasileiros haviam perdido suas vidas em decorrência dos mais de 5 milhões de casos de COVID-19, oficialmente contabilizados em todo país desde o dia 26 de fevereiro de 2020, quando o primeiro caso de um paciente infectado pelo SARS- CoV-2 foi detectado na cidade de São Paulo. Essa cifra de óbitos define a maior perda de vidas relacionadas com um único evento em toda a história do país, ilustrando o completo fracasso do governo federal em combater com eficiência o espalhamento da maior pandemia a assolar o mundo em um século. Nessa mesma data, a região Nordeste atingiu 1.385.450 de casos de COVID-19 e 40.277 óbitos, colocando-se em segundo lugar entre as regiões brasileiras, abaixo da região Sudeste (1.783.204 casos e 68.341 óbitos), tanto em número de casos como de óbitos. Ainda assim, o número de casos e óbitos poderia ter sido ainda maior caso a região não tivesse optado por definir uma estratégia comum de combate ao novo coronavírus. Parte dessa estratégia unificada consistiu na criação pelo Consórcio Nordeste, um mecanismo de cooperação político-econômico estabelecido em 29 de julho de 2019 pelos nove governadores da região, de um Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4) no dia 30 de março de 2020.

Com a transmissão contínua da comunidade de indivíduos assintomáticos, esperava-se que a carga da doença ainda aumentasse. Como resultado, uma necessidade contínua de profissionais de saúde na linha de frente, em funções de contato direto com o paciente – médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde. No Reino Unido e nos Estados Unidos, comunidades negras, asiáticas e de minorias étnicas foram afetadas de forma ainda mais grave pelo COVID-19, o que já acusava que estados brasileiros de população mais vulnerável necessitariam de mais auxílio aos temas atinentes à saúde pública (CANDIDO *et al.*, 2020).

Dessa forma, no Brasil, tornou-se importante desenvolver uma proposta de eficiência federativa que considerasse as profundas diferenças entre os municípios visto que há mais de 5500 municípios. Aproximadamente 70% têm menos de 20 mil habitantes, Borá em SP, por exemplo, tem 837 habitantes. Outros possuem mais de 10 milhões, como a cidade de São Paulo. Diante disso, é necessário pensar em formas de atendimento do SUS que atenda a realidades tão diferentes com modelos idênticos. Nesse diapasão, para se combater o COVID-19 é necessário criar uma rede integrada de informações, estrutura, procedimentos, técnicas aplicadas e padronização de linguagem de software que permita um trabalho conjunto, inclusive para que se construa uma sólida base de dados (COLOMBO e LUNARDI, 2020).

Nesse contexto, no entendimento de Candido *et al.* (2020), os consórcios na área da saúde, devido ao agravamento dos índices de mortalidade do vírus, foram um dos pontos de socorro do sistema. As medidas públicas essenciais previstas pela lei se dedicavam

exclusivamente à elaboração de planos mais extensos que pudessem ações de interface essenciais.

Importa destacar que a atuação estatal em seu dever de agir e legislar, assegurando às pessoas o direito à saúde durante a crise pandêmica foi alcançada a partir dos consórcios intermunicipais de saúde, a exemplo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga – CISAMAPI.

O CISAMAPI (2021, p. 02) apresenta o seguinte, nas conformidades da lei:

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga - CISAMAPI é um consórcio público constituído na forma de associação pública, compondo a administração indireta dos Municípios Consorciados na forma de autarquia, conforme previsto no art. 1º, §1º c/c o art. 6º, caput, inciso I e §1º da Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 c/c o art. 41, inciso VI da Lei Federal nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Nos termos do §1º, inciso I da Lei nº 11.107/2005.

Prefeitos e governadores solicitaram vacinas contra o coronavírus e contra a gripe. Nas próximas estações de outono e inverno que seguirem, importante proteger o sistema de saúde considerando uma dupla carga de demanda. O CISAMAPI aborda particularmente os doentes, os idosos, as mulheres grávidas e a equipe médica com o pedido claro para que se vacinem contra a gripe e contra a COVID-19, pois não se trata de uma febre inofensiva, e sim de doença séria e, por vezes, fatal.

No âmbito dos consórcios de saúde, é possível realizar diagnósticos situacionais, análise de indicadores de saúde, estudos epidemiológicos e levantamento de necessidades locais. Essas informações embasam o planejamento das ações a serem desenvolvidas, levando em consideração as características e demandas específicas de cada região participante.

Dessa forma, os consórcios de saúde desempenham um papel fundamental na articulação entre os entes federativos, possibilitando a governança cooperativa e a construção de políticas públicas mais efetivas e adequadas à realidade local. Ao promover a participação de diferentes atores, como gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil, essas entidades fortalecem o processo de tomada de decisão e aumentam a legitimidade das políticas adotadas. Podem ser considerados entidades deliberativas de políticas públicas em saúde, pois têm a capacidade de tomar decisões conjuntas e deliberar sobre estratégias, ações e investimentos na área da saúde. Além disso, são espaços de planejamento, onde são realizados diagnósticos, estudos e definição de metas, visando o aprimoramento dos serviços e a garantia de uma saúde de qualidade para a população.

A crise instaurada pelo Covid-19 trouxe inúmeros problemas e incertezas no que concerne à atuação dos consórcios de saúde no Brasil. Além de estimular novas formas de cooperação, trouxe à tona inúmeras questões críticas que fazem um repensar da organização do sistema de saúde e dos consórcios de forma mais geral (NICOLELIS, 2021).

3.6 Consórcios intermunicipais de média e alta complexidade

Os consórcios intermunicipais de saúde de média e alta complexidade são iniciativas importantes que visam fortalecer e aprimorar a prestação de serviços de saúde em regiões específicas. Essa forma de cooperação entre municípios permite a otimização dos recursos disponíveis, a melhoria da qualidade do atendimento e o acesso equitativo aos serviços de saúde.

A média e alta complexidade envolve procedimentos, serviços e tratamentos que exigem infraestrutura, equipamentos e profissionais especializados. Por meio dos consórcios intermunicipais, é possível fortalecer as redes de atenção à saúde, ampliando a oferta de serviços como cirurgias, exames de alta complexidade, tratamentos especializados, UTIs e outras modalidades de cuidados intensivos.

Os consórcios intermunicipais de saúde contribuem para a regionalização da assistência, facilitando o acesso dos pacientes a serviços de média e alta complexidade próximos às suas residências. Isso reduz a necessidade de deslocamentos longos e custosos, além de promover uma maior integração entre os serviços de saúde, desde a atenção primária até os níveis mais especializados.

Consórcios intermunicipais de média e alta complexidade geralmente tem objetivos específicos, quais sejam: atendimento hospitalar e pré-hospitalar, gestão de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMUs), dentre outros. Muitos desses consórcios são denominados consórcios de urgência e emergência.

Aspecto relevante é a gestão integrada das demandas de urgência e emergência. Por meio dos consórcios, é possível estabelecer uma central de regulação que coordene o fluxo de pacientes, direcionando-os para os serviços adequados de acordo com a gravidade do quadro clínico. Isso evita a sobrecarga em determinados serviços e garante uma distribuição mais equitativa da demanda.

Ademais, os consórcios intermunicipais de urgência e emergência permitem a implementação de estratégias de prevenção e resposta a desastres, como planos de

contingência e estruturas de atendimento em situações de grande escala, como desastres naturais ou acidentes de grandes proporções.

A gestão intermunicipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por exemplo, é uma estratégia que tem sido adotada por muitos municípios para aperfeiçoar a prestação desse importante serviço de saúde. O SAMU é responsável por fornecer atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, desempenhando um papel fundamental na assistência rápida e eficaz a pacientes em situações críticas. Envolve a cooperação e articulação entre diferentes municípios para oferecer um atendimento regionalizado e abrangente. Essa abordagem permite uma melhor utilização dos recursos disponíveis, uma distribuição mais equitativa dos serviços e uma resposta mais eficiente às demandas de urgência e emergência.

Um dos principais benefícios da gestão intermunicipal do SAMU é a possibilidade de compartilhar recursos humanos, infraestrutura e equipamentos médicos. Ao unir esforços, os municípios podem garantir uma cobertura mais ampla do serviço, reduzindo a sobreposição de investimentos e otimizando o uso dos recursos financeiros disponíveis.

Além disso, a gestão intermunicipal do SAMU promove a integração dos sistemas de saúde, permitindo uma melhor coordenação e fluxo de informações entre as unidades de atendimento pré-hospitalar, hospitais e outros serviços de saúde. Isso facilita o encaminhamento adequado dos pacientes, evitando a superlotação de determinadas unidades e garantindo um atendimento mais rápido e efetivo.

Outro aspecto importante da gestão intermunicipal do SAMU é a padronização de protocolos e procedimentos. Através da cooperação entre os municípios, é possível estabelecer diretrizes comuns para o atendimento pré-hospitalar, promovendo uma maior qualidade e segurança nos cuidados prestados. Isso contribui para a melhoria da assistência e a redução de disparidades na prestação do serviço.

A gestão intermunicipal do SAMU, normalmente realizada por intermédio de consórcios de urgência e emergência, também facilita a implementação de estratégias de educação em saúde e prevenção de acidentes. Com uma abordagem regionalizada, é possível desenvolver campanhas e ações conjuntas de conscientização, visando reduzir a ocorrência de situações de urgência e emergência e promover uma cultura de cuidados com a saúde.

No entanto, é importante ressaltar que a gestão intermunicipal do SAMU requer uma governança sólida e uma efetiva coordenação entre os municípios envolvidos. É necessário estabelecer acordos de cooperação, definir responsabilidades, compartilhar custos e recursos, além de garantir uma comunicação eficiente entre as partes.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é, segundo a definição da Portaria nº 1010/2012 do Ministério da Saúde (2012):

[...] componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

Para fazer frente aos desafios da regulação médica na fase pandêmica, ainda, prevê o Ministério de Saúde que o SAMU deve ser capaz de responder a um aumento nas chamadas de entrada e casos processados relacionados à COVID-19. Para tanto, torna-se necessário identificar rapidamente os pacientes com sinais de gravidade ou seriedade da doença, com o fim de garantir seu atendimento em um estabelecimento de saúde (BRASIL, 2021).

Trava-se a tentativa também de fortalecer a regulação do atendimento ambulatorial via SAMU ou outra estrutura, do conectar-se com médicos e outros profissionais de saúde do setor liberal para organizar o atendimento domiciliar para pacientes que não necessitam de internação e atendimento ambulatorial. A equipe dos setores ambulatoriais deve estar equipada para mantê-los com a melhor resposta às chamadas e solicitações dos pacientes (MORAES; MORAES; ALVES, 2021).

O SAMU não deve ser o único a lidar com as ligações relativas à COVID-19. Um aumento das demandas de serviços médicos nas cidades é o esperado, de maneira que se torna imprescindível garantir a preservação do acesso e a capacidade de atendimento de emergências vitais e dar prioridade aos circuitos existentes de acordo com os recursos locais (medicina municipal, acordos com lares de idosos, dentre outros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Como tal, Santos *et al.* (2021) afirmam que se deve haver, junto à sede dos estabelecimentos de saúde do SAMU, o acompanhamento da implementação de medidas que viabilizem a robustez deste serviço. Trata-se, notadamente, da antecipação imediata do fortalecimento da regulamentação da assistência médica de urgência e do atendimento ambulatorial referentes aos serviços e profissionais de saúde nas cidades. Em particular, deve-se garantir o fortalecimento da mobilização de pessoal para reforço das equipes médicas, de enfermagem, estudantes de medicina etc. (BRASIL, 2021).

De igual forma, é preciso que as estruturas regulatórias do atendimento ambulatorial, integradas ou não ao SAMU, estabeleçam estratégias de adaptação baseadas na retirada rápida de primeiro nível e encaminhamento imediato de chamadas para um canal COVID-19 (MORAES; MORAIS; ALVES, 2021). Este setor também deve ser capaz de

receber atribuições, como o encaminhamento de um paciente com dificuldade de acesso a um médico municipal. Como tal, uma organização começou a ser construída em conexão com Seguros doença para gerenciar essas ligações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Todos os acordos existentes para cooperação entre os estabelecimentos de saúde e para prevenção devem mobilizar os recursos ao SAMU ou às estruturas de acolhimento de urgências, servindo para garantir a eficácia dos protocolos e convenções que organizam as relações entre estabelecimentos médico-sociais e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2021).

As equipes do SAMU são implantadas para o atendimento domiciliar de pacientes com sinais de gravidade, inicialmente ou após um período de retorno para casa e requerendo atendimento hospitalar especializado, principalmente em terapia intensiva (MORAES; MORAIS; ALVES, 2021). Esta implantação destina-se a ser realizada em consulta com outros serviços de contribuição à assistência médica de urgência, como serviços de bombeiros e resgate, associações de segurança civil e transportadores médicos, observadas as normas de saúde e segurança em vigor.

Confirma o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (2021) que as ações de hospitais e sistemas de saúde do mundo intensificaram-se para enfrentar os desafios do COVID-19. Como surtos ocorreram em todo o país e atingiram uma grande quantidade de pessoas, os hospitais aumentaram os esforços de teste e passaram a tratar centenas de milhares de casos, na empreitada de salvar vidas e minimizar a propagação do vírus. Isso inclui o estabelecimento de tendas de teste, acrescentando e capacidade de leito em unidade de terapia intensiva (UTI), e desenvolvimento de unidades COVID-19 de isolamento e tratamento de pacientes com a doença, de forma a proteger a saúde de outros pacientes e da equipe do hospital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Esses desafios criaram pressões financeiras históricas para os hospitais e sistemas de saúde no Brasil. Hospitais cancelaram procedimentos não emergenciais e muitos infectados tiveram que adiar o atendimento enquanto se dispõem a passar por um período de quarentena (ABRAMS e SZEFLER, 2021). Ademais, surge uma enorme demanda por determinados equipamentos e suprimentos médicos, pois o vírus interrompeu as cadeias de abastecimento, com aumento significativo dos custos dos hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Ao mesmo tempo, o COVID-19 causou perdas de empregos sem precedentes, dando lugar a um aumento no número de pessoas sem seguro.

Os médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde tenham enfrentado o desafio do COVID-19 com esforços heroicos, alguns hospitais e sistemas de saúde, especialmente aqueles localizados em áreas críticas da pandemia, passaram a apoiar esses

profissionais com o fornecendo de itens e serviços essenciais como creche, transporte e, em alguns casos, habitação. No entanto, esses auxílios não chegaram a atingir parte expressiva da comunidade de profissionais de saúde que compunham a linha de frente do combate à pandemia, juntamente com seus familiares (ABRAMS e SZEFLER, 2021).

Hospitais e sistemas de saúde enfrentam, nesse sentido, desafios financeiros catastróficos à luz da pandemia COVID-19. O Ministério da Saúde (2020), realizou várias análises para melhor compreender e quantificar esses desafios financeiros, incluindo: o efeito das hospitalizações COVID-19 nos custos hospitalares; o efeito dos serviços cancelados e perdidos, causados pela COVID-19, na receita hospitalar; os custos adicionais associados à compra de equipamentos de proteção individual necessários; e os custos do suporte adicional que alguns hospitais estão fornecendo aos seus funcionários (SANTOS *et al.*, 2021).

Abrams e Szeffler (2021) tentam quantificar esses efeitos no curto prazo, que são limitados aos impactos ao longo de um período de dezesseis meses, de 1º de março de 2020 a 30 de junho de 2021. A ajuda apenas do governo federal não foi suficiente. Os críticos argumentaram que os hospitais eram bem financiados antes da emergência de saúde pública COVID-19; no entanto, a realidade é que muitos hospitais já estavam enfrentando pressões financeiras antes mesmo da pandemia.

Santos *et al.* (2021) levantaram preocupações sobre as baixas taxas de pagamento dos pagadores do governo, o que em parte levou o Escritório de Orçamento do Congresso a projetar que entre 40% e 50% dos hospitais poderiam ter margens negativas até 2025 antes da pandemia (TANAKA & MELO, 2020). O Congresso criou um fundo de assistência de apoio aos provedores de saúde durante a pandemia, com o objetivo, no entanto, de somente estabilizar os provedores para que possam manter as portas abertas, em vez de restaurar totalmente a compensação aos níveis pré-COVID-19 (BRASIL, 2021).

Além disso, os fundos estavam sendo distribuídos a todos os prestadores de cuidados de saúde, com apenas uma parte desses fundos indo diretamente para os hospitais. Também, outros fornecedores, como médicos e outros clínicos, laboratórios e instalações de teste e fornecedores de equipamentos médicos duráveis, passaram a retirar fundos de auxílio aos prestadores de cuidados de saúde. Há o aconselhamento de antecipar e organizar redes adequadas na cidade para o acolhimento responsável por pacientes sem médico assistente ou cujo médico assistente não esteja disponível.

Um trabalho específico sobre este assunto deve ser realizado ao nível dos consórcios intermunicipais, com seguros de saúde e representantes profissionais de saúde,

contando com o sistema de referência de pacientes para pesquisas de médico disponível, em processo de articulação entre o SAMU e plano de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Como parte do atendimento aos pacientes em casa, os territórios poderão contar com: teleconsulta, cujas condições foram alargadas com uma adaptação do quadro convencional; várias estruturas de apoio ao domicílio de apoio social (apoio ao domicílio, redes); hospitais de campanha podem ser mobilizados a montante e a jusante para fornecer atendimento domiciliar aos pacientes, requerendo cuidados potencialmente técnicos (COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS, 2021).

3.7 Frente Nacional de Prefeitos e Consórcio Conectar

Ao elevar os Municípios à categoria de entes federados, concedendo-os aumento de competências formais e materiais a Constituição Federal Brasileira de 1988, retratou a descentralização do poder político e a força do movimento municipalista. No ano seguinte da promulgação do atual texto constitucional, em 1989, começou a ser articulada a Frente Nacional de Prefeitos, que seria efetivamente criada dez anos depois, em 1999. A articulação foi realizada por um grupo de prefeitos liderado por Luiza Erundina, na época prefeita de São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores.

Uma das principais colaborações da Frente Nacional de Prefeitos foi o consórcio público conhecido como Conectar: Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras. Instituído com o objetivo de facilitar a aquisição de vacinas, medicamentos, insumos, equipamentos e serviços de saúde por Municípios de todas as regiões, este consórcio teve como principais fundamentos legais a Lei Orgânica do SUSS (Lei nº 8.080/1990) e a Lei dos Consórcios Públicos (Lei nº 11.107/2005).

Enquanto entidade executiva que tem como objetivo a conexão entre as cidades do Brasil na promoção à saúde, o Conectar foi de grande importância durante a pandemia do COVID-19, especialmente na proposta de estratégias de atuação aos governantes e gestores municipais. Com a eclosão de pandemia, muitos Municípios buscaram integrar o consórcio, tendo como consequência a aprovação do Estatuto Social do CONECTAR, no dia 22 de março de 2021, pela 1ª Assembleia Geral. No site oficial, o Estatuto foi divulgado após as seguintes observações:

O Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras - **Conectar**, é uma iniciativa da **Frente Nacional de Prefeitos** que materializa um anseio antigo de prefeitas e prefeitos de todo Brasil. A necessidade de uma entidade executiva que

conecte cidades se concretizou em meio a maior pandemia do século, surgindo como estratégia para viabilizar melhores condições para atuação de governantes e gestores municipais no enfrentamento da COVID-19.

A institucionalização do Consórcio Conectar é efetivada a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal em fevereiro de 2021, autorizando a aquisição de imunizantes contra COVID-19 por estados e municípios. No mesmo mês, o Congresso Nacional promulga a Lei 14.124 dando aval para a mobilização nacional de municípios por uma representação suprapartidária, capaz de congrega cidades de diferentes portes populacionais em todas as regiões do país.

No mês de março de 2021, mais de dois mil municípios manifestaram interesse em aderir ao Consórcio Conectar, aprovando leis autorizativas nas suas respectivas câmaras municipais. O estatuto foi aprovado no dia 22 de março de 2021, com a votação eletrônica de 589 municípios elegendo a chapa única Conectados pelo Brasil. A constituição do Conectar como consórcio público para aquisição de vacinas, medicamentos, insumos, equipamentos e serviços de saúde está fundamentada na Lei nº. 11.107/2005 (CONECTAR, 2021).

Em resumo, o Consórcio Conectar é uma iniciativa da Frente Nacional de Prefeitos (FNP), criado em 2020 com o objetivo de apoiar os municípios brasileiros na resposta à pandemia do COVID-19, ajudando os municípios a adquirir equipamentos de proteção individual, insumos para o enfrentamento da pandemia, e ampliar o acesso às informações e ao conhecimento para os gestores municipais.

3.8 Novos arranjos federativos: proposta à saúde pública municipal

A proposta de novos arranjos federativos municipais na saúde pública para a gestão contínua do COVID-19 passa por fornecer aos funcionários de saúde pública federais, parceiros do sistema de saúde e outras partes interessadas, uma abordagem comum de planejamento futuro para o gerenciamento contínuo do COVID-19 intermunicipal (TANAKA & MELO, 2020). Como preconiza Lima (2013, p.72).

[...] a coordenação de políticas de saúde em cenário federalista também necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, do reforço de burocracias eficientes nas diferentes esferas de governo, da atuação de gestores intergovernamentais e do desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental.

Esta proposta promove uma abordagem de longo prazo. Os primeiros consórcios cobriram os imperativos de planejamento imediatos para os próximos meses de 2021 e 2022 (SANTOS *et al.*, 2021). A proposta deveria continuar a ser revisada e atualizada até que as medidas implementadas e a imunidade populacional sejam suficientes para dirimir a atividade do COVID-19 no país a um nível baixo, administrável e tolerável. Fato que dialoga com Lima (2013, p. 93):

No que concerne à regionalização, destaca-se o resgate de seu conteúdo político, ao admitir que a organização do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro, enfatizando a importância da condução e adaptação estadual e restringindo as determinações federais nesse processo.

Como uma análise contextual, esta atual fase de combate à pandemia de COVID-19 foi atualizada conforme o conhecimento científico de pesquisadores como Santos *et al.* (2021). O quadro epidemiológico evoluiu ainda mais, globalmente e no Brasil, e começou a ser formulada uma compreensão do impacto desproporcional que a pandemia teve sobre os grupos populacionais marginalizados. Cresceram as estratégias de controle e as contramedidas foram mudando com o tempo, tornando-se disponível as vacinas e medidas terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Com base na resposta da saúde pública neste período, esta proposta identifica os novos arranjos federativos municipais de saúde pública que se tornaram necessários, além dos que foram adotados para a gestão de curto, médio e longo prazo da COVID-19 no país. Ela fornece uma orientação abrangente que é informada pela preparação intermunicipal existente, de um planejamento de emergência de saúde pública e dados, acordos, e protocolos de compartilhamento de informações e recursos, baseando-se amplamente na orientação de preparação para o combate cada vez mais assertivo à pandemia (TANAKA E MELO, 2020).

A proposta estipula que, embora seja um documento de orientação para a pandemia de COVID-19, muitas de suas orientações também se aplicam a outras emergências de saúde pública, como foi o caso da resposta às novas variantes. Presume-se que uma estrutura de resposta coordenada contínua, mas apropriadamente dimensionada, e atividades, conforme descrito na proposta dos novos arranjos à saúde pública para eventos biológicos, serão necessárias em um futuro previsível (SANTOS *et al.*, 2021).

Para facilitar uma abordagem comum e um nível apropriado de preparação em todo o Brasil, esta proposta inclui um cenário de melhoria de casos razoável atualizado. Embora este cenário não seja necessariamente o cenário mais provável, ele fornece uma linha de base para orientar a consideração das principais capacidades, problemas de capacidade e identificação das necessidades de recursos que ajudarão a focar as atividades de planejamento, resposta e recuperação (BRASIL, 2021).

Tal como acontece com outros consórcios, esta proposta delinea metas e objetivos abrangentes, reconhece funções e responsabilidades jurisdicionais, identifica quando abordagens intermunicipais são antecipadas e quando se espera flexibilidade e customização territoriais. Esta proposta foi desenvolvida para facilitar os novos arranjos de uma resposta

contínua do COVID-19 que não é apenas flexível e adaptável, mas também sustentável (SANTOS *et al.*, 2021).

Como o foco do planejamento mudou para uma resposta sustentável de longo prazo, encontrar um equilíbrio ideal entre minimizar os impactos na saúde e a perturbação social continua sendo um desafio significativo no que tange a pandemia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021). Fato que dialoga com Magno *et al.* (2020, p. 3356):

O processo de investigação, notificação e monitoramento de casos de COVID-19 pelo SUS, é fundamental na resposta ao COVID-19, pois possui atuação em todo o território brasileiro de modo articulado e hierarquizado, por meio dos Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), das secretarias municipais e estaduais de saúde. Além das atividades rotineiras, o SNVS é acionado na ocorrência de situações de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional, como o caso da pandemia de COVID-19. Nestes casos, a rede de serviços deve se organizar para dar respostas rápidas com o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Desse modo, as propostas de saúde pública visam atingir esse equilíbrio, que são mitigar os impactos da pandemia na saúde e na sociedade por meio de medidas de saúde pública para reduzir a incidência, morbidade e mortalidade de COVID-19 a um nível administrável localmente e para isso, incluem operacionalizar a estratégia de vacina; garantir o acesso aos serviços de saúde, tanto serviços COVID-19 como não-COVID-19, suprimentos e opções de tratamento; proteção de populações e comunidades de alto risco, como comunidades indígenas dentro e fora da reserva; reduzir as consequências negativas para a saúde física e mental das ações de resposta do COVID-19.

Não obstante, adotar uma abordagem baseada em riscos e evidências para o uso de medidas restritivas de saúde pública; facilitar e apoiar altos níveis de adesão a todas as medidas recomendadas; combater a desinformação e as *fake news* (COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS, 2021).

Aproveitando a pesquisa, vigilância, centros nacionais de colaboração, agências de saúde pública, sistemas de saúde e laboratoriais do país, entende-se que o trabalho intermunicipal é uma ação de média e alta complexidade fundamental para fortalecer os serviços sociais e econômicos e políticas que contribuem diretamente na proteção a saúde e prevenção de doenças da população, bem como fomenta uma ação em colaboração com a comunidade internacional para a erradicação da pandemia por COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conflitos federativos têm sido uma realidade constante na estrutura política da Federação brasileira. O Brasil adota um modelo federativo, no qual o poder é compartilhado entre o governo federal, os estados e os municípios. No entanto, as tensões surgem devido a questões como distribuição de recursos, autonomia política e competências legislativas.

Um dos principais pontos de conflito é a distribuição de recursos financeiros. Os estados e municípios muitas vezes reivindicam uma maior fatia do bolo tributário, argumentando que o governo federal concentra demasiadamente os recursos em suas mãos. Além disso, surgem disputas sobre a destinação desses recursos, com cada ente federado defendendo suas prioridades e necessidades específicas.

Outro aspecto gerador de conflitos é a questão da autonomia política. Os estados e municípios buscam exercer maior controle sobre suas decisões e políticas internas, reivindicando mais poder de decisão em questões como saúde, educação, segurança pública, entre outras áreas. No entanto, o governo federal muitas vezes estabelece normas e diretrizes que podem limitar essa autonomia, levando a divergências e confrontos políticos.

Esses conflitos federativos refletem a complexidade do sistema político brasileiro e a busca por um equilíbrio entre os diferentes níveis de governo. Encontrar soluções que promovam a cooperação e a harmonia entre o governo federal, estados e municípios é essencial para fortalecer o funcionamento da Federação brasileira e garantir o bem-estar da população em todo o país.

No que diz respeito à saúde, é necessário refletir sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), que confere assistências para os serviços regionais de saúde e sociais, que estão se tornando cada vez mais centrais. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 retomou a democracia após décadas de ditadura militar, inaugurando, no país, o Estado Democrático de Direito. A estrutura federativa, que existia desde o início da República, conforme previsão da Constituição de 1891, foi mantida, mas com significativas alterações. Em especial, os municípios foram elevados à condição de unidades político-administrativas, ou seja, entes federados. A alteração estava intimamente ligada aos objetivos do momento constituinte, que visava democratizar a estrutura federativa, uma vez que o poder municipal se relaciona mais intensamente com os interesses e problemas locais.

Neste viés, os municípios adquiriram maior autonomia – política, administrativa e orçamentária – a partir do movimento de descentralização iniciado no Brasil na década de 1970 e codificado na Constituição Federal de 1988. Essa autonomia levou à transferência de

diversos serviços públicos, antes de competência exclusiva da União, aos Municípios, resultando no aumento da despesa pública local.

A Lei Federal nº 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi então complementada pela Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a existência de órgãos colegiados, como conferências e conselhos de saúde, nos três níveis de governo, orientando as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor saúde.

Para a prestação dos serviços, o Governo é apto à gerir uma organização com relação a sua atividade por meios diversificados: operação direta, contrato terceirizado, contratação de pessoas públicas não estatais, associação público-privada, abono, externalização de contrato com regulação, entre outros. Cada uma dessas alternativas de comando são formas de licitação ou regimentação e, em síntese, apenas a operação direta são contratações particulares.

Desta feita, cresce a essencialidade do planejamento e administração de licitações em âmbito governamental. Deve-se lembrar que, via de regra, as leis regionais prescrevem a integração dos planos regionais de intervenções e serviços sociais com os planos de saúde, chegando mesmo a estabelecer ferramentas de programação “mistas”, ou seja, planos sociais de saúde. Assim, as políticas e diretrizes definidas nas ferramentas de planejamento operam dentro desse marco regulatório.

Por sua vez, implementar políticas de saúde por meio de consórcios municipais de saúde oferece diversas vantagens comparativas em relação a outras abordagens. Algumas dessas vantagens incluem:

1. Coordenação e colaboração: os consórcios permitem que os municípios trabalhem juntos para alcançar objetivos comuns, aumentando a eficiência e eficácia das políticas de saúde implementadas.
2. Economia de escala: ao unir forças, os municípios podem obter melhores preços em compras de equipamentos e medicamentos, além de maximizar a utilização de recursos.
3. Compartilhamento de conhecimento e boas práticas: os consórcios possibilitam a troca de informações e experiências entre os municípios, o que pode levar à implementação de soluções inovadoras e eficazes.
4. Melhora da qualidade dos serviços de saúde: os consórcios permitem a alocação de recursos de maneira mais equitativa, o que pode resultar em melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde e em um atendimento de melhor qualidade para a população.

5. Flexibilidade: os consórcios permitem a adaptação rápida às mudanças nas necessidades da população, garantindo a efetividade das políticas de saúde implementadas.

Outra ferramenta importante na gestão associada de saúde é a implantação de sistemas de informação compartilhados. A tecnologia pode ser uma grande aliada na gestão associada de saúde, permitindo a troca de informações em tempo real entre os municípios e o compartilhamento de dados de saúde, o que facilita a identificação de possíveis surtos e a tomada de medidas preventivas.

Além disso, a realização de treinamentos e capacitações conjuntas para profissionais de saúde é outra ferramenta importante para a gestão associada de saúde. O treinamento em equipe permite o compartilhamento de conhecimentos e a padronização de procedimentos, o que resulta em uma prestação de serviços mais eficiente e de melhor qualidade.

A gestão associada de saúde também pode ser facilitada pela criação de fóruns de discussão e de grupos de trabalho. Esses fóruns permitem a troca de informações e de experiências entre os municípios e a elaboração de soluções conjuntas para os desafios enfrentados na área da saúde. É necessário refletir sobre a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), que confere assistências para os serviços regionais de saúde e sociais, que estão se tornando cada vez mais centrais.

Em resumo, a gestão associada de saúde entre municípios é uma estratégia fundamental para garantir a ampliação da eficiência e da qualidade dos serviços prestados à população e os instrumentos para sua promoção, em especial os consórcios públicos, podem ser soluções para os problemas técnicos e financeiros típicos de situações de crise. Nessas situações de emergência sanitária, como a pandemia do Covid-19, é mais evidente a necessidade de viabilizar soluções para aumentar a capacidade da rede de assistência à saúde e finalmente, viabilizar a promoção do direito fundamental à saúde, tal como planejado pelo legislador constituinte na Constituição da República de 1988.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, E. M.; SZEFLER, S. J. **COVID-19 and the impact of social determinants of health**. The Lancet. Respiratory Medicine, 2021.

ALCANTARA, S. A. **Financiamento do SUS – Limites Institucionais e Práticos**. 2017, 121 f. (Dissertação Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ANACLETO, S. D. M. **O Federalismo Brasileiro e a Jurisdição Constitucional Brasília**. Brasília/DF, 2008. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/648_arquivo.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2021.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Testes para Covid-19: perguntas e respostas**. 2020. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Perguntas+e+respostas++tes+tes+para+Covid-19.pdf/9fe182c3-859b-475f-ac9f-7d2a758e48e7>>. Acesso em: 22 de setembro de 2021.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anvisa disponibiliza perguntas e respostas sobre testes para a Covid-19**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/noticias/2020/4/anvisa-disponibiliza-perguntas-e-respostas-sobre-testes-para-covid-19/>>. Acesso em: 22 de agosto de 2021.

ARRETCHE, M. T. S. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.

ASHOUR, H. M.; ELKHATIB, W. F.; RAHMAN, M. M.; ELSHABRAWY, H. A. **Insights into the Recent 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) in Light of Past Human Coronavirus Outbreaks**. Pathogens, v. 9, n. 3, mar., 2020.

BALDISSERA, D. S. **Consórcios Públicos Intermunicipais no Brasil: Panorama após os 10 anos da Lei 11.107/2005**. 2015, 65 f. (Trabalho de Conclusão de Curso Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

BARACHO, J. A. O, Jr.; LIMA, E M. de. **Competências Legislativas e Materiais no Contexto do Pacto Federativo Brasileiro**. 2010. Manaus. DOI: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/manaus/direito_e_politica_jose_a_baracho_jr_e_eduardo_de_lima.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2021.

BATISTA, S. **O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios públicos**. 1. ed., Guia de Consórcios Públicos. Caderno; v. 1, Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 2011. 115 p.

BONI, J. **Covid mata 5 moradores de São Francisco do Guaporé em um único dia e cidade decreta luto oficial**. G1. Globo, 10. Mar. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2021/03/10/covid-mata-5-moradores-de-sao>>

francisco-do-guapore-em-um-unico-dia-e-cidade-decreta-luto-oficial.ghml≥. Acesso em: 9 de agosto de 2021.

BORGES, D. D. **Conflito federativo e crise sanitária – a prevalência do direito à saúde.**

F3 Notícias. Disponível em: <<https://www.f3noticias.com.br/conflito-federativo-e-crise-sanitaria-a-prevalencia-do-direito-a-saude-por-daniel-damasio-borges/>>. Publicado em 02 de abril de 2020. Acesso em: 11 de abril 2022.

BRASIL. **Decreto-lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Seção 1, Brasília, DF, 6 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 0013/2021.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de uso de máscara de proteção e outros recursos necessários à prevenção da disseminação do Coronavírus, causador da Covid-19, em todos os espaços públicos; determina TOQUE DE RECOLHER em todo o Município, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de São Francisco de Guaporé Rondônia, 06 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.666/1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 21 de junho de 1993.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 10.282/2020.** Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília/DF, 20 de março de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979/2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília/DF, 06 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.527/2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília/DF, 18 de novembro de 2011

BRASIL. **Lei nº 8080/1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Medida Provisória nº 926, de 2020.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de março de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 6.017/ 2007.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de janeiro de 2007.

BRASIL. **Lei Ordinária nº 11.107/2005.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de abril de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 3a edição, 2021. Acesso em 11 de setembro de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação direta de inconstitucionalidade nº 6341/DF** – Distrito Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. DOI: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>. Acesso em 16 de julho de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 6341 MC-Ref/DF**. Relator: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 15 abr 2021 (ADI-6341). In: Informativo 973. Data de divulgação: 23 abril 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde**. Relator: Min. Luiz Fux, RE 855178. DJE nº 178, divulgado em 05/09/2022.

BRITOL, S.; BRAGAL, I.; CUNHA, C.; PALÁCIO, M.; TAKENAMI, I. **Vigilância Sanitária: Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI** COVID-19 pandemic: the biggest challenge for the 21st century. 2020; 8 (2) :54-63. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf. Acesso em 14 de agosto de 2021.

CANDIDO, D; *et al.* **Routes for COVID-19 importation in Brazil**. J. Travel Med. 2020;27(3):1-7.

CARVALHO, T. F. G. **Acesso à justiça em questões de direitos sociais relativos à população de rua: moradia, alimentação e saúde - o modelo brasileiro e o modelo português**. 2021, 143 f. (Dissertação Mestrado em Direito) - Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca, 2021.

CASTRO, R. B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. In: **Encontro da Anpad**, 30. 2006, Salvador. Anais. Rio de Janeiro/RJ: ANPAD, 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-apsa-1840.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2021.

CHAN, J. F.; KOK, K. H.; ZHU, Z.; CHU, H. et al. **Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan**. Emerg Microbes Infect, 9, n. 1, p. 221-236, 2020.

CISAMAPI. Plano de Enfrentamento da Pandemia da COVID-19 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga. Ponte nova, 11 de maio de 2020.

COLOMBO, L. A.; LUNARDI, S. G. A democracia brasileira e o federalismo: a atuação do Supremo Tribunal Federal na decisão sobre o COVID-19. **Dossiê “Crise e novos rumos da democracia**, Sergipe, v. 8, n. 16, p. 107-127, jul.-dez., 2020.

COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONA VÍRUS. **Relatório de Novembro - Subcomitê 09**. Grupo de Modelagem Matemática Estocástica [internet]. [local desconhecido]: C4NE; 2021.

CONECTAR. Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras. **Municípios unidos por um Brasil com mais Saúde**. Disponível em: <<https://consorcioconectar.org/o-conectar>>. Acesso em 25 de novembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Telemedicina: CFM reconhece possibilidade de atendimento médico a distância durante o combate à COVID-19**. Portal CMF [Internet], mar. 2021. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/telemedicina-cfm-reconhece-possibilidade-de-atendimento-medico-a-distancia-durante-o-combate-a-covid-19/>>. Acesso em: 18 de setembro de 2021.

CUPERTINO, S.A.; FARONI, W. **O Fundo de Participação dos Municípios como Fonte de Financiamento dos Gastos Públicos nos Municípios Mineiros**. In: Encontro da ANPAD, 36, Rio de Janeiro, 22 a 26 set. 2012. Disponível em: <http://anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=&cod_evento_edicao=63&cod_edicao_subsecao=848&cod_edicao_trabalho=14444>. Acesso em 24 de setembro de 2021.

D'AVILA, C. **O homem que lançou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 07 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.cafehistoria.com.br/hesio-cordeiro-o-homem-que-lancou-as-bases-do-sus/>> Acesso em 23 de agosto de 2021.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 33. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2020.

DIMOULIS, D.; LUNARDI, S. G. Dimensões da Constitucionalização das Políticas Públicas. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro. v. 273, n. 1, p. 237-267, set./dez. 2016.

DUARTE NETO, José. **Rigidez e estabilidade constitucional: estudo da organização constitucional brasileira**. 2009. Tese (Doutorado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. doi:10.11606/T.2.2009.tde-06102010-154809. Acesso em: 2022-04-12.

FARIAS, T. Consórcios públicos, federalismo cooperativo e intermunicipalidade. A&C - **Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Curitiba, v. 17, n. 70, p. 237-255, 2017. Disponível em: <<http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/499>>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional De Enfrentamento à Pandemia Da COVID-19**. Versão 2, 15 jul 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2021.

GIRARDI, D. **A terceirização como estratégia competitiva nas organizações**. São Paulo: Organização Gelre, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/7998/7383>>. Acesso em 17 de junho de 2021.

GUILHERME, D. G. A. **Contradições e Perspectivas para a Federação Brasileira**. Revista Jurídica da Presidência. v. 12, n. 97, p. 300-324, 2010. Disponível em: <<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/183>>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

GUIMARÃES, V. C.; SILVA, G. F. COVID-19: parâmetros internacionais, federalismo e a atuação internacional dos estados e municípios. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 21, e-0001, p. 1-21, 2021.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. **Revista do Serviço Público - RSP**, Brasília, v. 69, ed. especial, p. 85-122, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/5369>>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

GUO, Y. R.; CAO, Q. D.; HONG, Z. S.; TAN, Y. Y. et al. **The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status.** *Mil Med Res*, 7, n. 1, p. 11, Mar 13 2020.

HABER NETO, M. **A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil.** 2012, 240 f. (Dissertação Mestrado em Direito) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

HARGER, M. **Consórcios públicos na Lei nº 11.107/2005.** Belo Horizonte: Fórum, 2007.

HORTA, R. M. **Formas Simétricas e Assimétricas do Federalismo no Estado Moderno Direito Constitucional.** Belo Horizonte: Editora: Del Rey, 2002.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Artigo Diferentes tecnologias garantem segurança e eficácia das vacinas contra Covid-19.** Escrito por Samuel Antenor. Publicado em 22/12/2020 e modificado em 21/05/2021. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/233-diferentes-tecnologias-garantem-seguranca-e-eficacia-das-vacinas-contracovid-19>.

JUBILUT, L. L. *et al.* **Direitos Humanos e COVID-19 – Impactos em Direitos e para Grupos Vulneráveis.** Santos: Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos e Vulnerabilidades” da Universidade Católica de Santos, 2020.

JULIÃO, K. S. **Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual.** 2018, 202 f. (Dissertação Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

LAI, C. C. *et al.* **Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic and the Challenges.** *International Journal of Antimicrobial Agents*, [S.l.], v. 55, n. 3, 2020.

LIMA, A. P. G. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 985–996, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/jWHZPRpnJvpXpghpX4v83SJ/?lang=pt>>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da

Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

MAGNO, *et al.* **Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9):3355-3364, 2020.

MALIK, A. M. **Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistêmica e cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia**. Brasília, Conass: 2021.

MENDES, R. G. **O Processo de Contratação Pública - Fases, Etapas e Atos**. 1. ed. Curitiba: Zênite, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 24 p. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>. Acesso em 1 de julho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o coronavírus** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contr-o-coronavirus>. Acesso em 1 de julho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 4 de setembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-22052>>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **O SUS no seu município - Garantindo saúde para todos**. DF 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em 4 de setembro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. COE-n-COV. Boletim Epidemiológico n. 3. Brasília: 21 de fevereiro de 2020.

MOHN, P. **A repartição de competências na Constituição de 1988**. Brasília n. 187 jul./set. 2010. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198704/000897830.pdf?sequence=1>>. Acesso em 20 de novembro de 2021.

MORAES, A. **Competências administrativas e legislativas para vigilância sanitária de alimentos**. 2015.

MORAES, C.M.G; MORAIS, D.A; ALVES, R.L. **Protocolo de Atendimento: COVID-19.** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 27 de setembro de 2021.

NEGRINI, R. A. **Os consórcios públicos no direito brasileiro.** 2009, 221 f. (Dissertação Mestrado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

NICOLÉLIS, Miguel, A, L. **O comitê científico de combate ao coronavírus (c4) do consórcio nordeste e a pandemia de covid-19 no Brasil.** CONASS, 2021.

OCDE. ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Relatórios Econômicos.** Brasil, 2020. Disponível em: <https://issuu.com/oecd.publishing/docs/boosting-the-reform-engine-oecd-eco_945d8798e8f865>. Acesso em 17 de setembro de 2021.

OLIVEIRA, R. C. R. **Curso de Direito Administrativo.** 6. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2018.

OLIVEIRA, R. V. **A configuração assimétrica do federalismo brasileiro.** 2010, 245 f. (Dissertação Mestre em Direito) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **COVID-19, 2020.** Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>>. Acesso em: 15 agosto de 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **COVID-19: folha informativa atualizada em 13/03/2020.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/68988/folha-informativa-novo-coronavirus-2019-ncov>>. Acesso em 03 de setembro de 2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.** Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 20 de setembro de 2021.

PAZZAGLINI FILHO, M. **Princípios Constitucionais Reguladores da Administração Pública.** 3. Ed. São Paulo. Editora Atlas, 2008.

PESSOA, Z. S.; TEIXEIRA, R. L. P. **Vulnerabilidades e sociedade de riscos em tempos de COVID-19.** Rio de Janeiro: Boletim Semanal do Observatório das Metrópoles, 2020.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Painel Rio Covid-19.** Disponível em: <<https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>>. Acesso em 4 de setembro de 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Plano de retomada das atividades econômicas.** Disponível em: <https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/>. Acesso em 4 de setembro de 2021.

RAMOS, D. T. **Federalismo assimétrico.** 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

REIS, J. B. **A judicialização das políticas públicas da saúde e os reflexos econômicos para o sistema federativo.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito da Universidade

Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. Disponível em:
<<http://hdl.handle.net/11449/190792>>: Orientadora: Soraya Regina Gasparetto Lunardi, 2019.
Acesso em 29 de novembro de 2021.

REZENDE, J.M. **Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia**. Volume 27 (I)-jan a jun .
Pag 153 -155-Revista de Patologia Tropical, 1998.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. **A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, v. 40, p. 14–24, 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJSyLw4V3LpYJG5fR36Bnfh/?la ng=pt>>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

RODRIGUES, F. A. **Análise econômica dos consórcios públicos municipais: teoria dos jogos como instrumento maximizador da eficiência administrativa**. Revista Jurídica da Presidência, v. 15, n. 107, p. 695-721, 2014. Disponível em: <<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/113>>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

RODRIGUES, M. **Qual será o impacto da reforma tributária nos estados e municípios?** 2021. Disponível em: <<https://www.clp.org.br/qual-sera-o-impacto-da-reforma-tributaria-nos-estados-e-municipios/>>. Acesso em 8 de setembro de 2021.

ROSENBLATT, P.; LEÃO, C. S. **A crise do federalismo brasileiro e as consequências para os municípios dos incentivos fiscais em tributos partilhados: a (im)possibilidade de uma solução judicial**. Revista de Direito da Cidade, v. 10, n. 4, p. 2487-2510, 2018. Disponível em: <<https://www.e publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/33713>>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

SALGADO, V. A. B. **Consórcios Públicos Intermunicipais no âmbito do SUS: Aspectos Básicos**. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2014.

SANTOS, A. O *et al.* **Planejamento e gestão Coleção COVID-19**. V1.2. 1ª Edição
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2021.

SANTOS, R. J. M. **Consórcios públicos de saúde em tempos de pandemia da covid-19**. Brasília, Conass: 2021.

SANTOS, V. P. **Jornal Vascular Brasileiro: O desafio da pandemia da COVID-19: o que podemos aprender com a história?** Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2021.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DE AVALIAÇÃO. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ. **Boletim COVID-19**. Roraima, 2021. Disponível em <http://coronavirus.saofrancisco.ro.gov.br/>. Acesso em 9 de agosto de 2021.

SILVA, L. A. et al. **Consórcios Públicos em Saúde – Importância para Gestão Pública e a Melhoria do Acesso aos Serviços de Saúde**. Revista Controle - Doutrina e Artigos, v. 12, n. 2, p. 118–129, 2014.

SILVA, V. **A evolução dos direitos fundamentais. Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais.** N6, 2005: 541-558. Disponível em: <https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2005-RLAEC06-Evolucao.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2021.

SILVEIRA, R. C. E.; PHILIPPI, L. S. Consórcios públicos: uma alternativa viável para a gestão regionalizada de resíduos sólidos urbanos. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 1, p. 205-224, jan./abr. 2008.

SOUZA, D. F.; CÉSAR, P. S. M. Consórcios públicos e a eficiência na administração pública. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 35, n. 1, p. 25-41, jan/jun, 2017.

SOUSA, K. C. S.; CASTRO, A. M. D. A. Federalismo cooperativo e Plano de Ações Articuladas (PAR) Algumas aproximações teóricas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 25, p. 874-896, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ensaio/a/pn35t7yjws3FQms75Bh7BDB/?lang=pt>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

TANAKA, O & MELO, C. **Organizadores. Inovação e gestão: a organização social no setor saúde.** São Paulo: Annablume/Fapesp; 2020.

TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde.** Agosto de 2017. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

TRE-SE. Tribunal Regional Eleitoral do Estado de Sergipe. **Importância e benefícios da vacinação.** Julho de 2021. Disponível em: <https://www.tre-se.jus.br/comunicacao/noticias/2021/Julho/importancia-e-beneficios-da-vacinacao>. Acesso em 19 de abril de 2023.

THOMAZINE, B. S. **Federalismo brasileiro: Origem e evolução histórica de seus reflexos na atualidade.** Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/federalismo-brasileiro-origem-e-evolucao-historica-de-seus-reflexos-na-atualidade/>. Acesso em 24 de setembro de 2021.

TIROLI, L. G.; CARDOSO T. G. G.; MUNIZ, T. L. **A importância do capitalismo de stakeholder evidenciada pela pandemia da covid-19 no Brasil.** Administração de Empresas em Revista, [S.l.], v. 3, n. 25, p. 30 - 50, dez. 2021. ISSN 2316-7548. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/view/5208>. Acesso em: 21 fev. 2023.

UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS. **Painel do Covid-19 no mundo.** Disponível em: <https://hub.jhu.edu/2020/03/31/covid-19-impact-italy-europe/>. Acesso em 6 de setembro de 2021.

WERNECK; G. Carvalho, M. **Caderno de Saúde Pública: A pandemia de COVID- 19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** São Paulo,2020; 36(5). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/pz75jtqNC9HGRXZsDR75BnG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 5 de setembro de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.** 1986. Disponível em: <https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

ZHANG, T.; WU, Q.; ZHANG, Z. Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. **Curr Biol**, v. 1, n. 3, mar. 2020.