Marli Daniel

POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Possibilidades a partir do Federalismo Cooperativo Horizontal



Marli Daniel

POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Possibilidades a partir do Federalismo Cooperativo Horizontal

IFRS
Bento Gonçalves – Brasil
2026

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

Editoração: Fábio César Junges
Revisão: A autora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P 796

Políticas de financiamento da saúde: possibilidades a partir do federalismo cooperativo horizontal [recurso eletrônico] / Marli Daniel. – 1. ed. – Bento Gonçalves: IFRS, 2026.
1 arquivo em PDF (259 p.).

ISBN 978-65-5950-276-9 (Livro digital)
DOI 10.35819/IFRS978-65-5950-276-9

1. Política pública. 2. Saúde pública. 3. Federalismo. 4. Cooperação. 5. Sustentabilidade. I. Daniel, Marli

CDU (online): 35:614(81)

Catalogação na publicação: Aline_Terra_Silveira CRB10/1933

PROPPI
Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

INSTITUTO FEDERAL
Rio Grande do Sul

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul - PROPPI

Rua General Osório, 348 – Bairro Centro – Bento Gonçalves/RS

Título
Políticas de financiamento da saúde: possibilidades a partir do federalismo cooperativo horizontal - Volume I

Marli Daniel

1ª edição
2026

Conselho Editorial do IFRS

Aline Terra Silveira
Núbia Marta Laux
Cimara Valim de Melo
Greice da Silva Lorenzzetti Andreis
Daniela Nicoletti Fávero
Maria Cristina Caminha de Castilhos França
Deloize Lorenzet
Erik Schuler
Iury de Almeida Accordi
Eduardo Girotto
Carla Alves
Ivan Carlos Bagnara
Vanessa Faria de Souza
Marcelo Vianna
Marilia Bonzanini Bossle
Émerson dos Santos Passari
Sandra Cristina Porsche
Maristela de Godoy
Fernando Henrique Batista Machado
Cristina Copstein Cuchiara
Carlos Alencar Souza Alves Junior
Victor Dos Santos Pereira
Samantha Dias de Lima
Marli Daniel
Gustavo Simões Teixeira
Luana Tiburi Dani Gauer
Jaqueline Rosa da Cunha

Este livro foi avaliado e aprovado por pareceristas *ad hoc*.

Agradecimento

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS, Campus Erechim. Sua publicação foi viabilizada por meio do Edital PROPPI nº 03/2026 – Auxílio à Publicação de Produtos Bibliográficos.



INSTITUTO FEDERAL
DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Rio Grande do Sul

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.
(Simone de Beauvoir)

SUMÁRIO

PREFÁCIO 13

APRESENTAÇÃO 15

INTRODUÇÃO 21

1 (CO)IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO BRASILEIRO 25

1.1 Dimensões do Federalismo Brasileiro: características e contornos estruturantes do federalismo cooperativo 26

1.2 Descentralização e autonomia municipal da região da AMAU 36

1.3 Competências municipais, abrangência e impactos constitucionais em crises sanitárias 42

1.4 Possibilidades de cooperação horizontal para o financiamento da saúde pública a partir da leitura sistemática da Constituição Federal de 1988 54

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL 69

2.1 Dimensões conceituais das políticas públicas e das políticas de saúde 70

2.2 Novos direitos e a harmonização com as bases principiológicas de um Sistema de Saúde Pública direcionado para a justiça social 80

2.3 A criação do SUS e sua base constitucional: principais marcos legais e suas dimensões enquanto mecanismos de apoio ao desenvolvimento da saúde pública 89

2.4 A evolução da saúde pública no Brasil: períodos determinantes para o desenvolvimento do Estado Social 99

2.5 O Financiamento Público da saúde e o Federalismo: subsídios para a cooperação horizontal 109

3 RELEVÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE FINANCIAMENTO REGIONAL À SAÚDE ALICERÇADAS NO FEDERALISMO COOPERATIVO HORIZONTAL 121

3.1 Os princípios constitucionais como eixos estruturantes das relações humanas..... 122

3.2 Uma leitura sistemática dos princípios constitucionais a partir do pensamento de J. J. Gomes Canotilho..... 128

3.3 Interconexões entre os princípios constitucionais da federação, da cooperação, da solidariedade, da moralidade e da justiça social com as políticas de financiamento público da saúde no âmbito municipal..... 136

3.4 Harmonização do princípio da justiça social com a instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável das políticas públicas locais de saúde pública 142

4 DIMENSÃO ESTRUTURAL E DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ALTO URUGUAI (AMAU) NO PERÍODO DE 2018 A 2021 153

4.1 Elementos metodológicos e estruturantes do processo de investigação 154

4.2 Estrutura do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU)..... 160

4.3 Dinâmica dos recursos da saúde e a figura dos consórcios intermunicipais 177

4.4 Poder local e a atuação coordenada dos consórcios intermunicipais na gestão dos recursos financeiros da saúde..... 184

5 COOPERAÇÃO FINANCEIRA HORIZONTAL E VERTICAL: DA NECESSIDADE DOS MUNICÍPIOS CRIAREM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PARTIR DE UM PLANEJAMENTO INTEGRADO E SUSTENTÁVEL..... 193

5.1 Rediscutindo a estrutura de financiamento dos consórcios intermunicipais 194

5.2 Mecanismos de instrumentalização para criação de políticas públicas financeiras por meio dos consórcios públicos para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública 205

5.3 Contribuições para a melhoria do aporte de financiamento das políticas públicas de saúde 211

CONCLUSÃO 227

REFERÊNCIAS 235

PREFÁCIO

A trajetória pessoal, profissional e acadêmica do autor comumente se revela na grandeza de sua contribuição científica. Por isso, a naturalidade em se qualificar a Doutora Marli Daniel como uma estudiosa profundamente preocupada e comprometida com as necessidades sociais do povo brasileiro, o que exsurge de suas preocupações epistemológicas expendidas no livro.

Os leitores que dedicarem seus estudos à compreensão do conteúdo da presente obra, não apenas terão acesso a uma autêntica forma de construção do conhecimento, em que o raciocínio lógico e propositivo permeia o trabalho do início ao fim, mas, igualmente, aos valores pessoais que moldaram o pensamento e os valores da autora ao longo de sua vida.

A relevância do assunto tratado reside na construção teórica que atrela o constante e necessário aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde pública, à possibilidade de cooperação financeira horizontal e vertical entre os entes federados. Planejamento integrado e sustentável de políticas de saúde entre os entes da federação, mediante cooperação financeira, significa propor um avanço inédito no Brasil, em que a (re)alocação de recursos financeiros no âmbito dos consórcios públicos surge como possibilidade prática de gestão pública voltada à efetividade do direito, da justiça social e do interesse público.

O direito fundamental prestacional à saúde não apenas depende da atuação política e gerencial dos entes federados no âmbito de suas competências, mas, também, de uma nova perspectiva de cooperação federativa tal como proposto pela autora.

Redimensionar as relações federativas a partir da gestão cooperada das finanças públicas no âmbito da saúde pública, não apenas retoma o estudo sobre federalismo, saúde pública, possibilidade de cooperação financeira, mas oferece aos estudiosos um prolífico e revigorante entrelaçamento de conhecimentos, ideias e perspectivas como só acontece em obras da envergadura deste trabalho. Assim, convida-se o leitor a debruçar-se sobre o livro, quer pela profundidade temática e transversalidade de conteúdo, quer pelos valores defendidos pela autora.

Prof. Dr. Daniel Dottes de Freitas
Advogado, professor e pesquisador

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação e com a consciência do compromisso que a tarefa impõe, que apresento ao leitor a obra Políticas de Financiamento da Saúde: Possibilidades a partir do Federalismo Cooperativo Horizontal, de autoria de Marli Daniel. Trata-se de um livro que se debruça sobre um dos temas mais sensíveis e, ao mesmo tempo, mais negligenciados do federalismo brasileiro contemporâneo: a capacidade dos Municípios de sustentar, financeiramente, a prestação do direito à saúde pública que a Constituição Federal de 1988 lhes atribuiu, sem lhes conferir, na mesma medida, os instrumentos fiscais e institucionais necessários para tanto.

O ponto de partida da obra é bastante preciso e, por isso mesmo, também incômodo: a Constituição de 1988, ao alçar os Municípios à condição de entes federativos plenos, dotados de autonomia administrativa, política, legislativa e financeira, também lhes impôs um conjunto expressivo de obrigações prestacionais, sobretudo nas áreas de saúde, saneamento, educação e assistência social. Passadas quase quatro décadas, o país ainda convive com uma significativa dívida social nesses campos, cujo peso recai desproporcionalmente sobre os entes locais, historicamente os mais frágeis do ponto de vista orçamentário e tributário, tendo a pandemia de Covid-19 exposto, com maior crueza, uma fragilidade que já era estrutural: os Municípios de menor porte, isolados em sua capacidade de financiamento, são também os que menos condições têm de responder a crises sanitárias de grande escala.

Essa constatação inicial não é gratuita: ela organiza toda a arquitetura argumentativa da obra, vez que a autora não se contenta em descrever o problema do subfinanciamento municipal da saúde como uma fatalidade orçamentária, tampouco o trata como matéria exclusiva da administração pública ou da economia do setor. Ao situar a questão no campo do direito constitucional, e mais especificamente no campo do federalismo, Marli Daniel desloca o debate para onde ele deveria sempre ter estado: o da responsabilidade jurídica compartilhada entre os entes federativos na garantia de um direito fundamental social, e o das possibilidades normativas, ainda pouco exploradas pela doutrina e pela prática institucional de cooperação entre Municípios de uma mesma região.

É diante desse cenário que a autora formula o problema que conduz toda a investigação: a partir do diagnóstico do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no período de 2018 a 2021, seria necessário aos Municípios implementarem políticas públicas financeiras e tributárias fundadas no federalismo cooperativo horizontal, mediante um planejamento integrado e sustentável da saúde pública municipal? A pergunta, longe de ser meramente descritiva, revela uma aposta teórica e metodológica que atravessa toda a obra: a de que a cooperação entre entes de mesmo nível federativo e não apenas a tradicional cooperação vertical entre União, Estados e Municípios pode e deve ser mobilizada como caminho para o enfrentamento do subfinanciamento crônico da saúde pública local.

A escolha da região da AMAU como recorte empírico não é incidental. Composta por Municípios de pequeno e médio porte do Alto Uruguai gaúcho, a região reproduz, em escala, um retrato bastante representativo da realidade da maioria dos Municípios brasileiros: baixa capacidade de arrecadação própria, forte dependência de transferências constitucionais e voluntárias, e uma estrutura de saúde pública que, isoladamente, dificilmente conseguiria oferecer a integralidade e a resolutividade que o Sistema Único de Saúde pressupõe. Ao investigar essa realidade concreta, a autora evita o risco, comum em parte da literatura jurídica sobre federalismo, de permanecer no plano estritamente normativo e abstrato, sem contato com as dificuldades reais enfrentadas pelos gestores municipais no cotidiano do financiamento da saúde.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a obra opera com rigor e coerência interna dignos de nota. A autora recorre ao constitucionalismo de José Joaquim Gomes Canotilho como matriz de fundamentação, valendo-se da metodologia jurídica normativo-estruturante para interpretar o texto constitucional a partir de uma realidade concreta — a experiência da AMAU —, reconhecendo a Constituição como uma estrutura de textura aberta, apta a incorporar mudanças e a responder a concepções cambiantes de justiça e de verdade. Esse percurso metodológico permite à autora transitar, com naturalidade, entre a dogmática constitucional e a pesquisa empírica, sem que uma dimensão se sobreponha à outra: o diagnóstico concreto do sistema de saúde da região alto-uruguaia não é mero apêndice ilustrativo, mas parte constitutiva da argumentação jurídica que a obra desenvolve.

A opção metodológica também revela uma postura epistemológica que merece destaque: a de compreender a norma constitucional não como um dado pronto e acabado, a ser meramente aplicado ao caso concreto, mas como fruto de um processo contínuo de interpretação e concretização, que se realiza precisamente no encontro entre o texto constitucional e a realidade social e institucional que ele pretende regular. É esse encontro — entre a norma e a experiência da AMAU — que confere à obra sua originalidade e sua capacidade de propor caminhos concretos, e não apenas diagnósticos.

A estrutura da obra, organizada em cinco capítulos além da introdução e da conclusão, reflete essa arquitetura de pensamento. O primeiro capítulo situa as dimensões do federalismo brasileiro, examinando de que modo a Constituição de 1988 conformou a autonomia municipal e as competências dos Municípios em matéria de saúde, para então introduzir a possibilidade da cooperação horizontal como resposta ao impacto das crises sanitárias sobre os entes locais. Nesse capítulo, a autora já antecipa uma tese que será desenvolvida ao longo de todo o livro: a de que o federalismo cooperativo, tal como positivado na Constituição de 1988, não se esgota na cooperação vertical entre os três níveis federativos, comportando também — e talvez sobretudo, no que diz respeito à saúde pública municipal — arranjos horizontais entre entes de mesma hierarquia.

O segundo capítulo reconstrói o percurso histórico do financiamento da saúde pública no Brasil, com destaque para a criação e a consolidação do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta uma distinção conceitual frequentemente negligenciada pela literatura — a diferença entre políticas públicas, em sentido amplo, e políticas de saúde, propriamente ditas —, buscando harmonizá-las com as bases principiológicas dos direitos fundamentais. Esse esforço de precisão conceitual, longe de ser um exercício meramente acadêmico, cumpre função relevante na obra: permite à autora identificar, com maior clareza, em que medida os instrumentos de financiamento hoje disponíveis aos Municípios são adequados — ou insuficientes — para o cumprimento das obrigações constitucionais em matéria de saúde.

No terceiro capítulo, a autora volta-se aos princípios constitucionais como eixos estruturantes das relações entre os entes federativos, articulando federação, cooperação, solidariedade, moralidade e justiça social como vetores normativos capazes de orientar o financiamento público da saúde no âmbito municipal. Esse é, a meu ver, um dos capítulos mais densos

da obra, na medida em que constrói a ponte teórica entre os princípios constitucionais estruturantes e a proposta prática que será apresentada nos capítulos subsequentes, o que demonstra que a cooperação horizontal não é uma opção de conveniência política, mas uma exigência que decorre da própria principiologia constitucional.

O quarto capítulo apresenta o núcleo empírico da obra, traduzido no diagnóstico do sistema de saúde da AMAU no período de 2018 a 2021, interregno que contém o conturbado período da pandemia da COVID-19, com análise das adaptações legislativas e jurisprudenciais que os Municípios da região tiveram de operar, e dos mecanismos possíveis de instrumentalização de novas políticas públicas para aquele contexto. É nesse capítulo também que a pesquisa ganha corpo empírico e que o leitor tem acesso a dados concretos sobre a estrutura, os recursos e as limitações do sistema de saúde de uma região representativa do interior do Rio Grande do Sul, dando elementos que, longe de se esgotarem em si mesmos, servem de base probatória para as proposições normativas que encerram a obra.

Por fim, o quinto capítulo converge as dimensões jurídica, financeira e tributária do federalismo cooperativo horizontal, dedicando-se à estrutura de financiamento dos consórcios públicos intermunicipais e aos principais entraves ao seu fortalecimento, espaço em que residem, segundo a autora, as maiores dificuldades, mas também as maiores oportunidades, para a melhoria das políticas públicas de saúde no plano local. É nesse capítulo final que a obra cumpre sua promessa propositiva: não se limita a diagnosticar o problema do subfinanciamento da saúde municipal, mas oferece, com base na experiência concreta da AMAU, caminhos institucionais e jurídicos para que os consórcios intermunicipais se consolidem como instrumento efetivo de cooperação horizontal da engenharia institucional brasileira.

O maior mérito da obra, a meu ver, reside precisamente na articulação entre teoria constitucional e as manifestações da prática institucional concreta, não se tratando, entretanto de um exercício abstrato sobre o federalismo cooperativo, tampouco de um levantamento empírico desacompanhado de fundamentação jurídica. A autora logra, com clareza expositiva e didática incomum em obras dessa natureza, transformar o estudo de caso da AMAU em evidência para uma proposta normativa mais ampla: a de que os consórcios intermunicipais de saúde, adequadamente estruturados e financiados, constituem instrumento juridicamente viável e politicamente necessário para que Municípios de menor capacidade fiscal

consigam cumprir as obrigações constitucionais que lhes foram atribuídas em 1988.

Vale destacar, ainda, a atualidade do tema que, em um contexto de crescente pressão sobre os orçamentos municipais, de envelhecimento populacional, de ampliação da demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade e de persistente desigualdade regional na distribuição de recursos do Sistema Único de Saúde, enriquece o debate sobre arranjos cooperativos horizontais entre Municípios, que deixa de ser uma questão acadêmica de nicho para se tornar uma pauta urgente de gestão pública. Os consórcios intermunicipais de saúde, tema central do último capítulo da obra, já existem em diversas regiões do país, mas frequentemente operam à margem de um marco jurídico-financeiro suficientemente robusto, deixando uma lacuna que esta obra contribui, de forma consistente, para preencher.

Esse é um debate que interessa, em igual medida, a pesquisadores do direito constitucional e do direito sanitário, a gestores públicos municipais, a integrantes de consórcios intermunicipais de saúde e a todos aqueles que se dedicam, na advocacia pública ou na extensão universitária, ao acompanhamento de políticas públicas locais. A obra de Marli Daniel oferece a esse público não apenas um diagnóstico rigoroso de uma região específica do Rio Grande do Sul, mas um instrumental teórico replicável para a compreensão de problemas semelhantes em outras associações e consórcios municipais de saúde pelo país, dando ao livro um alcance que ultrapassa, em muito, os limites geográficos do seu objeto de pesquisa.

Em tempos nos quais o debate público sobre o financiamento da saúde tende a oscilar entre o discurso genérico da insuficiência de recursos e a disputa, nem sempre qualificada, sobre partilha de competências entre entes federativos, esta obra tem o mérito de trazer densidade jurídica e evidência empírica a um problema que, sem uma e outra, corre o risco de permanecer no plano meramente retórico. A autora demonstra, com a seriedade que o tema exige, que é possível e igualmente necessário (re) pensar soluções institucionais dotadas de realidade e eficácia normativa comprovada para o subfinanciamento da saúde municipal, sem renunciar ao rigor dogmático nem da sensibilidade para com a realidade social que a Constituição pretende transformar.

É, portanto, com convicção que recomendo a leitura atenta desta obra a todos que se interessam pelo futuro do federalismo sanitário brasileiro e pelas possibilidades, ainda pouco exploradas, da cooperação horizontal

entre Municípios. Trata-se de uma contribuição importante não apenas para a literatura jurídica sobre federalismo e políticas públicas de saúde, mas também para os gestores e operadores do direito que, no cotidiano da administração municipal, buscam caminhos saudáveis, com o perdão do subterfúgio de linguagem, para transformar o texto constitucional em prestações efetivas para a população. Que a leitura desta obra inspire, entre pesquisadores e gestores, a continuidade de um debate tão necessário quanto urgente para o futuro da saúde pública nos Municípios brasileiros.

Prof. Dr. Ricardo Hermany
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
Santa Cruz do Sul, 2026

INTRODUÇÃO

Foi com a Constituição Federal de 1988 que os Municípios ascenderam à condição de entes federativos, atribuindo-lhes autonomia administrativa, política, legislativa e financeira. Por esse novo padrão organizacional foram introduzidas grandes mudanças para os municípios brasileiros, especialmente quanto à forma de distribuição dos recursos financeiros e tributários, além de serem introduzidas mudanças no processo de descentralização das políticas públicas, destinando novas responsabilidades político-administrativas aos entes municipais.

De um lado, foram atribuídas novas competências de cunho fiscal e participação no produto da arrecadação da União e dos Estados aos municípios. De outro, foi ampliada substancialmente a esfera de obrigações que os Municípios passaram a cumprir em termos de prestação de serviços públicos.

Ocorre que o Brasil chega ao ano de 2024 sem conseguir cumprir satisfatoriamente com a prestação da maioria dessas obrigações impostas constitucionalmente. Essas obrigações são destinadas a assegurar direitos básicos, especialmente em áreas importantes como saúde pública, saneamento básico, educação, habitação, combate à pobreza extrema, qualidade alimentar, segurança pública, dentre outros, conforme previsões contidas na Constituição Federal de 1988 de maneira expressa ou implícita. A obra não desconsidera os avanços realizados nesses e em tantos outros segmentos, no entanto, há um problema e esse reside no fato de que o Brasil carrega uma enorme dívida social, acumulada ao longo da construção histórica do país, especialmente no âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, a presente obra foi direcionada para responder ao problema proposto, qual seja: verificar se, a partir do diagnóstico do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no período de 2018 a 2021, há necessidade de os municípios implementarem políticas públicas financeiras e/ou tributárias baseadas no federalismo cooperativo horizontal, a partir de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública municipal.

Essa é uma preocupação não é recente, todavia se acentuou atualmente, e revelou a necessidade de reunir esforços para cumprir com os desafios que o futuro impõe. Além disso, é sabido que a área da

saúde pública é um setor estratégico e que contribui sobremaneira para o dinamismo econômico de uma sociedade, impondo ao Estado, por meio das suas diferentes áreas, a obrigação de articular e induzir políticas econômicas, sociais e fiscais, no interesse de um desenvolvimento que leve em consideração a equidade e as características socioeconômicas de cada local.

Com isso, a obra foi estruturada em cinco capítulos. Nos quais buscaram-se formas eficazes de cumprimento das determinações constitucionais, no âmbito das políticas públicas financeiras e tributárias municipais de saúde pública, capazes de transformar o cenário atual do financiamento desse serviço nos municípios envolvidos na pesquisa. De forma preliminar, buscou-se identificar as mudanças que foram necessárias no financiamento da saúde durante o período da pandemia por conta das debilidades de financiamento, especialmente porque a sobrecarga do sistema recaiu sobre os entes federativos com menor aporte orçamentário, os municípios.

Essas premissas iniciais indicaram a necessidade de apontar alternativas baseadas nos princípios constitucionais, como o federalismo, a solidariedade, a moralidade, a justiça social e a cooperação, ao problema, pois se entende que atendem às necessidades endógenas e não são exclusivamente resultantes do poder político ou de movimentos hegemônicos do poder econômico. Dessa forma, para fundamentar a pesquisa proposta, recorrer-se-á, como teoria de base, ao constitucionalista José Joaquim Gomes Canotilho, reconhecendo-se a importância do diálogo proposto a partir da própria Constituição, com uma textura aberta, que transmite a capacidade de aprendizagem das normas constitucionais, possibilitando mudanças na realidade por estarem abertas às concepções cambiantes da "verdade" e da "justiça".

Além disso, optou-se pelo método de interpretação constitucional, com a densidade e a clareza que lhe empresta J.J. Gomes Canotilho, pela metodologia jurídica normativo-estruturante, ou seja, por um método de argumentação que, partindo de uma realidade concreta (Associação de Municípios do Alto Uruguai – AMAU), busca trabalhar a partir da própria Constituição, a qual deve ser interpretada a partir de seu sentido semântico, que é dado em função das especificidades de cada caso, dentro de uma dada realidade espaço-temporal, o que implica que a norma é o fruto da interpretação/concretização e, por consequência, causa de sua própria normatividade.

Com a finalidade de demonstrar os grandes desafios que são enfrentados pelos entes públicos municipais no trato com as políticas públicas de sua competência, o trabalho está ancorado em cinco capítulos, os quais trazem elementos estruturais necessários para a comprovação dos objetivos da pesquisa.

O capítulo que inaugura a obra se dedica a trabalhar as dimensões do federalismo brasileiro, a partir da análise sistemática do texto constitucional, evidenciando a importância do ente federativo municipal e o dinamismo imposto à esfera local. Além disso, trata das competências municipais, da abrangência e impactos constitucionais nas crises sanitárias, momento em que são introduzidas as possibilidades da cooperação horizontal para o financiamento da saúde pública municipal a partir da leitura sistemática da Constituição Federal de 1988.

No capítulo segundo é apresentada uma visão histórica sobre o sistema de financiamento da saúde pública brasileira, especialmente trazendo informações da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, demonstrando a sua importância até os dias atuais. Ainda, é apresentado um panorama das ações que o Estado tem feito para preservar o direito à saúde pública no Brasil, sob a ótica do Direito, cuja importância e relevância são anunciadas com o objetivo de demonstrar a necessidade por uma sistematização das políticas públicas financeiras e tributárias.

Também é trazido para o debate o tratamento constitucional dispensado ao direito à saúde no Brasil, procedendo com a identificação e a análise dos dispositivos constitucionais destinados à saúde, e que necessitam ser harmonizados com as demais bases principiológicas dos direitos fundamentais. Igualmente, importam as diferenciações quanto ao que são políticas públicas e o que são políticas de saúde, pois existe uma confusão acentuada nos textos que se encontram, onde, em maior expressão, essas são tratadas como se fossem uma única espécie.

Já no terceiro capítulo são traçados os caminhos para a construção dos mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública municipal, perante os quais serão analisados os princípios constitucionais como eixos estruturantes das relações humanas. Também são trabalhados os princípios da federação, da cooperação, da solidariedade, da moralidade e da justiça social, bem como sua articulação com as políticas de financiamento público da saúde no âmbito municipal, tendentes ao cumprimento da função social do Município.

O quarto capítulo se volta para o contexto e a estrutura do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no qual optou-se por uma delimitação temporal que abrange o período de 2018 a 2021. Esse capítulo se dedica ao diagnóstico dos possíveis mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública no âmbito municipal.

Nesse capítulo também é trabalhado o sistema de saúde no contexto da AMAU e as adaptações legislativas e jurisprudenciais, fazendo uma análise crítica quanto aos possíveis mecanismos de instrumentalização de novas políticas públicas para o contexto da AMAU.

Por fim, o quinto capítulo conjuga a viabilidade da proposta e às dimensões jurídico-financeiro-tributárias do federalismo cooperativo horizontal, pelas quais são deixadas as contribuições para os municípios criarem as respectivas políticas públicas financeiras e tributárias na esfera local e/ou regional. Nesse contexto, o capítulo debate a estrutura dos consórcios públicos e a forma como são financiados os consórcios intermunicipais. Dentro desse universo de possibilidades são apresentados os principais entraves ao fortalecimento desse importante aliado dos entes municipais, espaço onde residem as grandes dificuldades para a implementação de melhorias para as políticas públicas, especialmente na área da saúde pública.

Capítulo 1

(CO)IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO BRASILEIRO

Este capítulo tem por objeto apresentar o federalismo brasileiro e sua dimensão estrutural, para, a partir dos dados, introduzir no tema jurídico e político do federalismo brasileiro a cooperação horizontal como condição de possibilidade para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública no âmbito municipal. São abordadas as dimensões do Estado Federal Brasileiro, origem, principais características do federalismo cooperativo e as possibilidades que daí advém para prospectar interações capazes de sustentar o financiamento da saúde pública no Brasil, especialmente no âmbito municipal.

Além disso, reputam-se como relevantes as relações de poder entre as esferas de governo. Para tanto, considera-se a desigualdade regional, social e a diferença de renda tributária dos entes federados como pontos fundamentais ao se analisar a estrutura federativa, especialmente em períodos de crises.

Por conseguinte, a questão da cooperação entre os entes da Federação é abordada com cautela, pois, assim como a autonomia, ela é um elemento essencial do sistema federativo. Por isso, entende-se de fundamental importância indicar mecanismos que permitam a atuação conjunta das três esferas para ampliar as possibilidades de financiamento público que vá além do atual modelo de cooperação vertical. Por meio dela que se pretende verificar a possibilidade de mecanismos passíveis de representar a diferença entre encontrar uma solução pensada conjuntamente por todos, uma solução imposta pela esfera de maior poder e/ou solução nenhuma para determinadas situações.

Justifica-se no Estado Brasileiro um modelo de federalismo cooperativo sob o prisma horizontal, eis que o mesmo encontra respaldo no próprio texto constitucional, que estimula o intervencionismo estatal para a implementação de ações e políticas públicas, principalmente no setor econômico e social.

1.1 Dimensões do Federalismo Brasileiro: características e contornos estruturantes do federalismo cooperativo

Versa este primeiro tópico sobre as dimensões do Estado Federal Brasileiro, origem, principais características, sobre os contornos do federalismo cooperativo e as possibilidades que daí advêm para prospectar interações capazes de sustentar o financiamento da saúde pública no Brasil, especialmente no âmbito municipal. Por isso, a seguir se apresentam também os elementos sobre a origem, principais características e contornos do federalismo brasileiro.

Para tanto, serão trazidos para o texto conceitos e entendimentos de autores, especialmente nacionais, dedicados ao aprofundamento de estudos sobre o tema do federalismo, que trazem conceitos necessários e suficientes para a boa compreensão dos contornos do federalismo cooperativo e sua aplicabilidade pratica. Dallari (2002, p. 254) destaca que os Estados Federais se diferenciam dos Unitários simplesmente porque os primeiros congregam vários centros de poder político autônomos entre si, enquanto que os últimos possuem um único poder central que concentra todo o poder político em suas mãos. Por isso, defende-se que a melhor forma de escapar ao excesso de centralização permanece sendo o modelo federal, que com o passar do tempo vem sofrendo alterações para se adaptar às novas realidades econômicas, políticas, sociais e a particularidades regionais e culturais.

Retira-se daí a ideia central de que em uma federação a autonomia é recíproca entre os entes que a compõem, não existindo possibilidade para que um deles ocupe posição superior em relação aos outros. Dessa premissa é possível extrair que o órgão central irradia a sua autoridade em todo o território, porém sem retirar dos demais entes a sua autoridade sobre determinada parcela territorial que lhe é atribuída pela Constituição Federal.

Sabe-se que o surgimento de conceitos sobre federalismo se deu em um tempo muito antigo, se relacionando com o termo "*foedus*", que significa "pacto" ou "aliança". Isso pressupõe a existência de uma visão de união em torno de um objetivo comum, mais especificamente a união de vontades para produzir resultados comuns de modo a beneficiar todos os envolvidos, embora não se possa afirmar que essa união, inicialmente, se tratasse da união de Estados membros livres e independentes, dadas todas

as reconfigurações que o federalismo sofreu ao longo dos tempos (Streck; Moraes, 2000, p. 147).

A origem do federalismo moderno remonta ao ano de 1776, com a declaração de independência das treze colônias americanas à Coroa Britânica e, em maio de 1787, os Estados Confederados reúnem-se e criam o Estado Federal. Este com uma constituição própria, adota formas de Estado e de governo, bem como opta pela república, incorporando a ideia de que federalismo exige democracia, opondo-se à monarquia e ao absolutismo até então vigentes (Dallari, 1986, p. 10-14).

Na época surgiu também um temor de que pudesse prevalecer tendencialmente subordinação dos Estados membros para com a União, fazendo com que se impusesse no próprio texto constitucional a autonomia subnacional. Exsurge assim a supremacia da Constituição, à qual tanto o governo federal como os Estados membros devem se submeter, e desse modo criando um ambiente de autonomia recíproca dos governos, ou seja, o que se convencionou chamar de federalismo dual (Dallari, 1986, p. 41).

No federalismo os Estados abrem mão da soberania e se unem em torno de uma Constituição única, que vai reger a todos os entes constituintes do Estado. Ao perder a soberania para a União, resta, aos membros da federação, o que se designou de autonomia, que nada mais é que a liberdade delimitada pela Constituição Federal, via atribuição de competências, onde essas não podem vir a ser alteradas por legislação infraconstitucional (Rodrigues, 2003, p. 40).

No Brasil, o surgimento e o desenvolvimento do Estado Federal, retrata um panorama diferente. Os problemas do federalismo nacional eram opostos aos vivenciados pelos Estados Unidos, e isso porque, enquanto nesse contexto, os estados independentes cederam parte de sua soberania à União, e no Brasil o governo central que cederia parte de suas atribuições, na época, às províncias. (Rocha, 1995, p. 125).

Varia em cada país a forma de federalismo a ser adotada, moldando seu corpo institucional de acordo com suas necessidades para a resolução dos conflitos sociais presentes, especialmente quanto à distribuição do poder entre os níveis de governo, tal como ocorreu no Brasil. Perceber os antecedentes históricos da formação do federalismo brasileiro, bem como sua posterior inserção em âmbito nacional, representa uma condição de possibilidade para a presente obra. Uma vez que o panorama das políticas públicas financeiras e tributárias municipais, como mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da

saúde pública municipal, estão lastreadas no federalismo, onde se busca no federalismo cooperativo horizontal a solução para o problema.

Admite-se que o desenvolvimento do federalismo passou, por vezes, da simples aliança ou liga temporária, para, em outras situações, verdadeiras confederações de Cidades ou Estados. Identifica-se também que, embora, singelo, o sentido de pacto ou união em favor de um propósito comum parece se conformar como elemento básico do federalismo, especialmente com o federalismo cooperativo, pelo qual a união de alguns entes identifica e cria novas possibilidades para o desenvolvimento das demandas públicas, cuja implementação pode servir a todos os cidadãos que pertencem ao grupo (Cavalcanti, 1983, p. 27-31).

Nesse sentido, a materialização do federalismo no Brasil ocorreu apenas com o advento da Constituição de 1891, embora sua proposta tenha se iniciado muito antes, pois já havia sido amplamente discutida desde a Constituinte de 1824, influenciada pelas ideias federalistas que pulsavam, não apenas no território nacional, mas também vindas de outras partes da América e da Europa.

Para Cavalcanti (1983, p. 119) a existência jurídica da federação brasileira não se deu em decorrência do modelo confederativo, mas sim em consequência da vontade soberana da nação, constituída em união perpétua e indissolúvel das suas antigas províncias, assumindo o título de "Estados Unidos do Brasil". Com a proclamação da República em 15 de novembro de 1889, a nação brasileira adota, como forma de governo, sob o regime representativo, a forma federalista, sendo esse o marco jurídico histórico da federação brasileira (Cavalcanti, 1983, p. 27-31).

Antes desse período o que se tinha era uma dependência dos posicionamentos dos Estados mais representativos, como São Paulo e Minas Gerais. Bonavides (1995, p. 86) afirma que a República Federativa naquela época não existiu e considera que o Estado brasileiro era unitário. Isso se deve ao fato de que, apesar da preocupação em reforçar a federação, ficava visível a tendência de centralizar as orientações e decisões no poder central, restringindo assim a autonomia administrativa e financeira dos demais entes.

Esse processo do federalismo brasileiro apresentou muitas divergências, especialmente políticas, muito por deixar grandes segmentos descontentes com a forma de centralização e descentralização do poder. Cumpre ressaltar que é esse o grande problema que ronda o federalismo

brasileiro até os tempos atuais, e que volta à cena dos debates sobre o pacto federativo constantemente.

Boff (2005, p. 20) explica que o Estado federal se estrutura, em parte, por meio de um órgão central que irradia a sua autoridade em todo o país, enquanto outros órgãos exercem também autoridade sobre determinadas parcelas daquele território, justificável por conta da grande extensão territorial, tornando necessária a figura intermediária desses entes para melhor favorecer a comunicação entre os diversos segmentos que compõem o Estado. Nesse modelo, em vista das características regionais, as diferenças são mantidas sem grandes conflitos externos e fortalecem a unidade nacional.

A pertinência do raciocínio da autora se traduz nos objetivos do presente trabalho, pois auxilia na fixação da necessidade de se aprimorar o conceito de federalismo existente no Brasil, ressaltando-se que o país possui grandes extensões territoriais, com Estados e Municípios com necessidades e capacidades próprias e distintas. Emerge assim a importância de repensar certos conceitos para que se consiga garantir eficácia governamental, especialmente nas microrregiões onde o ente municipal é o maior responsável pela concretização do direito à saúde.

Analisa-se a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, onde, em seu artigo primeiro, reconhece de forma literal o federalismo como sua forma de Estado, afirmação que toma ainda mais relevo em seu artigo 18. Neste é expresso que "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", ou seja, aponta uma das principais características do federalismo brasileiro, que é autonomia dos entes federados que o compõem.

Conferir autonomia às unidades federadas permite que os Estados-membros e os municípios formem, junto com o governo central, o cerne do Estado Federal, em prol do interesse e do bem comum. Ao inserir no texto constitucional tal característica, o constituinte enaltece a segurança jurídica oferecida pelo sistema de direito positivo, fixando a partir da norma constitucional a importância da manutenção pela opção da federação e de toda a sua estrutura (Boff, 2005, p. 26).

Para Horta (1964, p. 13), a autonomia dos Estados-membros é essencial para a própria identificação do Estado federal, traduzindo essa autonomia como "a revelação de capacidade para expedir as normas que organizam, preenchem e desenvolvem o ordenamento jurídico dos entes

públicos". Por isso, é marca do federalismo brasileiro a possibilidade dada aos Estados-membros de legislar e de possuírem um ordenamento constitucional próprio (Constituições Estaduais), observando-se a norma jurídica instituidora e sem desconsiderar as particularidades das diferenças regionais.

Ao lado da autonomia caminham outras importantes características do Estado federal brasileiro, tidas como fundamentos da Constituição, previstas no artigo 1º, incisos I a V, sendo elas: a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e o pluralismo político (Brasil, 1988). O modelo federalista brasileiro indica que esses elementos são essenciais para preservar não só a identidade histórica do povo, mas também são um meio de preservar a diversidade, proteger as minorias e assegurar a liberdade de todos.

Por conta disso, a autonomia dos Estados-membros se limita, basicamente, a um espaço de competências que está vinculado à manutenção dos recursos necessários para a execução das políticas públicas próprias de cada ente. O objetivo maior circunda a preservação da dignidade das pessoas, atingidas por meio da preservação dos demais fundamentos citados, ou seja, da garantia dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, e do pluralismo político.

Outra característica marcante da tradição da Federação brasileira que garante a indissolubilidade da unidade brasileira é a previsão do artigo 18 da CF, na qual se apresenta a organização político-administrativa do Estado brasileiro, composta pela União, pelos Estados-membros, Distrito Federal e pelos municípios. Estes são uma inovação e uma peculiaridade do modelo brasileiro, pois são trazidos para uma condição quando, até a CF de 1988, o município não era tido como condição de possibilidade para o bem comum (Boff, 2005, p. 69).

No momento em que os municípios passam a ter capacidade para editar as próprias normas e para organizar sua estrutura local, dentro dos limites de suas competências, recebem, de certo modo, uma autorização constitucional para atuarem levando em conta o interesse social local e o bem comum. Essa foi a técnica escolhida para assegurar o equilíbrio federativo e para garantir a liberdade de atuação em cada esfera de poder (Boff, 2005, p. 71).

Possuir competência é ter a capacidade constitucional de agir em determinada esfera de poder. Embora pareça fácil caracterizar a esfera de poder, não raras vezes há dificuldade para se identificar a que esfera a matéria

é atribuída de acordo com certas peculiaridades, seja se os assuntos são de competência local, regional ou central. Conquanto a autonomia soa como liberdade de atuação, a competência se mostra como um limite material e objetivo sobre determinados temas sobre os quais o ente federado pode ou deve atuar.

Como regra, a federação se caracteriza pela existência, em um dado território, das ordens de autoridade federal e estadual. No caso brasileiro há de se lembrar da inclusão do Distrito Federal, conforme previsto no artigo 32 da Constituição Federal de 1988. Sendo que, excepcionalmente, tem-se mais uma ordem de autoridade, ou seja, a municipal, que, de certo modo, enaltece o propósito constitucional de se descentralizar o poder.

Desse modo, na ordem jurídica brasileira foi acrescido à União e aos Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, permitindo a esses competência para legislarem sobre determinadas matérias, conforme artigos 18, 24, 25, §1º, 30, inciso I e 32, §1º, da Constituição Federal de 1988. Assim, no Brasil existem três ordens de autoridade, e não duas, como é comum em outros estados federais.

Destaca-se que as ordens de autoridade previstas no texto constitucional devem proceder harmonicamente e de acordo com a competência que lhes foi conferida. Cumpre ressaltar que o modelo de federalismo adotado pela CF de 1988, em relação aos anteriores primou pela descentralização, embora não tenha ocorrido uma descentralização extrema o que aponta para uma forma mais equilibrada de federalismo.

Nesse caminho, deve ser compreendido o parágrafo único do artigo 23 do texto constitucional que dispõe que as leis complementares devem fixar normas que favoreçam a cooperação entre os entes federados, "tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional" (Brasil, 1988). Foi seguindo esse caminho que a estrutura federativa implantada a partir da CF de 1988 possibilitou que o país fosse capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de relevância, reconhecido internacionalmente e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira nessa área.

Embora os inegáveis avanços, ainda persistem problemas a serem enfrentados, agravados em momentos de crises sanitárias e que passam pelo estudo e reconhecimento das estruturas responsáveis pela consolidação das políticas públicas de saúde. Um deles parece circundar eventuais conflitos relacionados à competência material prevista no artigo 23, e a competência Legislativa, prevista no artigo 24 (Brasil, 1988).

Quanto aos Municípios, o artigo 30 da Constituição Federal delimita a competência material e legislativa dos municípios, estabelecendo que a esses compete, conforme inciso I: "legislar sobre assuntos de interesse local", conforme inciso II: "suplementar a legislação federal e a estadual no que couber" e, conforme inciso VII: "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população" (Brasil, 1988). Note-se que, no que diz respeito à competência dos entes federados, a legislação atribuiu que ambos são responsáveis por cuidar, proteger e defender a saúde de todos. Significa que a competência de um não repele a do outro, muito pelo contrário, elas são complementares e devem ser compreendidas no contexto do federalismo cooperativo.

Além disso, a questão da cooperação entre os entes da Federação deveria ser tratada com cuidado, pois, assim como a autonomia, ela é um elemento essencial do federalismo. Por isso, entende-se de fundamental importância construir mecanismos que permitam a atuação conjunta das três esferas (cooperação vertical). E ainda é mister a cooperação de entes de uma mesma esfera (cooperação horizontal), pois tais mecanismos podem representar a diferença entre encontrar uma solução pensada conjuntamente, uma solução imposta pela esfera de maior poder ou solução nenhuma.

A comparação entre a distribuição de recursos e a de competências das três esferas de governo evidencia um claro favorecimento da esfera em detrimento da municipal. As competências materiais atribuídas pelo texto constitucional às três esferas, definidas nos artigos 21 (competências da União), 23 (competências comuns), 25 (competências estaduais) e 30 (competências municipais), indicam uma clara concentração na esfera federal, seguida pela esfera municipal (BRASIL, 1988).

Os estados, por sua vez, possuem apenas uma competência material, referente à exploração dos serviços de gás canalizado. As demais são aquelas não vedadas pela Constituição, chamadas de competência residual. Isso fere abertamente a ideia de igualdade entre os entes federados, pois "igualdade" não quer dizer tratamento indiscriminado, mas, antes de tudo, exigir de cada ente comportamento e responsabilidade proporcional às suas capacidades.

Os municípios, por sua vez, se encontram em situação delicada. Com exceção das capitais estaduais que gozam de posição privilegiada junto ao poder estadual, boa parte dos municípios se encontra sem condições de cumprir as competências constitucionais, seja por falta de

recursos técnicos e financeiros, seja pela falta de mecanismos cooperativos com as outras esferas, os quais poderiam suprir as deficiências municipais. Além disso, por estar mais próximo da população, o governo municipal é o mais suscetível às pressões e às demandas sociais.

Quanto à competência material, essa é estabelecida nos artigos 25 e 30 da Constituição Federal, com a possibilidade de prestar serviços à população residente no município; dentre eles, educação, saúde, moradia, saneamento básico, etc. (Boff, 2005, p. 83) Para agravar a pressão sobre os municípios, ocorreu a expansão da oferta de direitos sociais, em resposta à ausência de um estado de bem estar social e à questão da desigualdade de renda e, finalmente, às indicações de descentralização de gastos com saúde e educação.

Apesar de alguns ganhos tributários em 1988, estados e municípios não conseguiram evitar o agravamento da situação financeira no início dos anos 90. Com o sucesso do Plano Real e reféns dos repasses do governo federal, se tornaram incapazes de alinhavar medidas de interesse próprio, não tiveram condições de questionar as medidas federais e, por conta disso, muitos estão oferecendo serviços públicos de forma deficitária (Lopreato, 2002, p. 169-170).

Percebe-se com isso que o modelo desenhado pelos acordos firmados durante a constituinte de 1988, que defendiam a descentralização, com maior participação dos entes subnacionais na receita tributária e autonomia na gestão dos gastos, não se convalidou. A reforma institucional, ao atribuir à União amplo poder jurisdicional e dificultar o veto dos entes subnacionais às normas contrárias a seus interesses, permitiu condições de a esfera federal, aproveitando a crise fiscal e a fragmentação das forças estaduais, usar o primado da iniciativa legislativa e editar normas em diferentes áreas (tributária, social, político administrativa, reforma do Estado), a fim de redesenhar a estrutura delineada em 1988. Isso permitiu ao governo central reverter a queda inicial da receita tributária disponível e manter participação estável no período seguinte (Arretche, 2012, p. 36).

Além disso, o programa de ajuste fiscal fomentado a partir dos anos 90 serviu de objeto à adoção de medidas adicionais na contramão da proposta em 1988. A aprovação do Fundo Social de Emergência (FSE), rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e posteriormente de Desvinculação de Receitas da União (DRU), levou à retenção de parte das transferências constitucionais dos entes subnacionais. Não obstante, observa-se a desvinculação de parcela das receitas direcionadas a gastos

específicos, ampliando o controle e o poder de manipulação federal da receita fiscal, em detrimento de Estados e Municípios.

Ademais, com a expansão da agenda liberal a partir dos anos 2000, ao abandonar a questão regional à própria sorte, a União deixou em aberto a escolha de como atrair novos recursos. A falta de mecanismos institucionais de combate às assimetrias e o caráter competitivo do desenvolvimento regional alavancaram a guerra fiscal a uma situação de (quase) única alternativa na disputa por investimentos e aumento da arrecadação, especialmente com reflexos no potencial sobre o Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

Com isso, os Estados passam a se utilizar de isenções tributárias e outras medidas de incentivo à produção, como forma de atrair novas empresas para dentro do seu território. Essa migração de empresas e empregos de uma unidade da federação para outra gerou o que comumente se conhece como "guerra fiscal", que desequilibra a harmonia federativa (Rodrigues, 2003, p. 902-903).

Outros elementos importantes para a questão federativa presente na CF de 1988, que apontam para a preocupação dos constituintes quanto às ideias de autonomia, igualdade e cooperação, são a ideia de compartilhamento da receita dos impostos e a noção de que as transferências de recursos da União devem ter um caráter redistributivo e de equalização da renda entre estados e/ou regiões, mas que por motivos diversos percorreram outros caminhos. Tais ideias deveriam apontar para uma federação em que haja o compartilhamento das responsabilidades tributárias e a solidariedade entre os estados, municípios e regiões, de forma que os membros mais ricos da Federação auxiliem os entes federados mais carentes.

No entanto, a descentralização pensada inicialmente como meio de avançar na equidade federativa foi desvirtuada e o domínio federal foi além do esperado. Os diferentes governos e seus programas próprios impuseram subordinação aos preceitos definidos pela União e os governos subnacionais perderam autonomia na condução das suas políticas próprias, sobretudo os Municípios, que com o passar dos anos foram transformados em servis, dependentes, ainda que em diferentes graus, das condições de articulação imposta pela esfera federal (Serralha, 2018, p. 115).

Nesse contexto, houve mudança da disposição de estados e municípios dentro da estrutura federativa, uma vez que os municípios ganharam dimensão inusitada e os prefeitos se reposicionaram no jogo

político. Por outro lado, com o enfraquecimento da atuação Estadual e com o poder local sobrecarregado com as determinações constitucionais, especialmente de municipalizar saúde e educação, também ampliou-se o peso e a responsabilidade dos executores dessas políticas públicas, sem a contrapartida suficiente, ou seja, a alta prioridade conferida aos setores da saúde e da educação mostrou um comprometimento de aplicação dos recursos orçamentários muito superior aos limites definidos constitucionalmente (Serralha, 2018, p. 153-155).

Por isso, justifica-se no Estado brasileiro um modelo de federalismo cooperativo sob o prisma horizontal, eis que o mesmo encontra respaldo no próprio texto constitucional, que estimula o intervencionismo estatal para implementação de ações e políticas públicas, principalmente no setor econômico e social. Tem-se que antes do Estado brasileiro ser um Estado Social, acredita-se que esse é um Estado com finalidade social, e prescinde de um federalismo cooperativo adequado para conseguir atingir os fins pretendidos.

As tensões do federalismo contemporâneo são agudizadas ao vivenciar períodos de crises, situadas entre a exigência de atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados, o que forçou que boa parte dos problemas fossem resolvidos por meio da colaboração e da solidariedade entre as diversas instâncias de poder. Isso deixa mais evidente a necessidade e a importância de se olhar para a cooperação horizontal como uma possibilidade de solução para as crescentes necessidades que estão surgindo no âmbito das políticas públicas municipais, especialmente para a área da saúde.

O que se pretende demonstrar é que a cooperação horizontal tende a ser um propulsor dos resultados unitários e uniformizadores, sem, contudo, esvaziar poderes nem competências dos entes federados em relação à União. Ela, sim, ressalta a sua complementaridade enquanto poder central e responsável pela manutenção do todo. O objetivo maior da cooperação horizontal é a busca por um equilíbrio econômico e fiscal entre os entes federados com menor capacidade de arrecadação, ou seja, entre os municípios. A cooperação horizontal é fruto da necessidade evidente de realizar políticas públicas financeiras e tributárias conjuntas, para compensar as discrepâncias regionais para uma assistência adequada na área da saúde pública.

Evidente que as crises sanitárias transparecem a importância de políticas públicas conjuntas entre municípios de regiões próximas, pois

foram as aproximações regionais que determinaram o controle do avanço da pandemia. Sem mecanismos de cooperação horizontal, as possíveis soluções para os problemas do sistema público de saúde no Brasil ficam mais difíceis de serem alcançadas, pois a maioria dos municípios brasileiros não possui capacidade financeira suficiente para dar conta das demandas crescentes impostas nessa área.

Registre-se que a vontade das partes é livre e igual pela manutenção ou não de suas competências individuais, ou seja, os entes federados sempre podem atuar de maneira isolada ou autônoma. Entretanto, a pandemia da COVID-19 descortinou uma realidade que mostra que esse caminho é o de um suicídio anunciado, pelo menos em curto prazo (Bercovici, 2004, p. 59).

Observa-se que a falta de políticas coordenadas em sede financeira e tributária faz com que determinados programas e políticas públicas sejam realizados por meio de uma única esfera governamental ou por nenhuma. No que concerne às desigualdades regionais, previstas nos artigos constitucionais 3º, III, e 170, VII, que enumeram os princípios constitucionais da ordem econômica, destaca-se que é imprescindível a redução das desigualdades sociais e regionais, ou seja, se a União não age dentro de sua esfera de competências isso acaba por recair nos municípios, pois são eles que respondem diretamente aos seus munícipes.

Embora tenha sido reservado ao governo local um espaço próprio, onde sua estrutura foi definida constitucionalmente, para que ele execute as políticas públicas de sua competência, ele é obrigado a levar em consideração as necessidades locais e regionais, bem como sua capacidade administrativa e financeira de dar respostas às demandas. Com isso, quando a União não articula iniciativas de desenvolvimento e redução das desigualdades regionais e sociais.

Cabe aos Municípios, a partir das associações regionais ou de organismos próprios, fazê-lo. É nesse contexto que se desenha o próprio poder local, dentro dos contornos federativos atuais, tema que será melhor examinado nos itens seguintes.

1.2 Descentralização e autonomia municipal da região da AMAU

Trata este item da caracterização do ente municipal a partir da Constituição Federal de 1988. Procura-se demonstrar a sua formação como unidade federada a partir do contexto histórico brasileiro. Na sequência,

trar-se-á o dinamismo da esfera local da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) quanto ao sistema de saúde público, trazendo para dentro do tema jurídico e político do federalismo brasileiro a cooperação horizontal como condição de possibilidade para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública municipal.

As instituições municipais foram trazidas ao Brasil pelos portugueses em 1500, e se desenvolveram pelo interesse da Igreja Católica e por iniciativa própria, com relevantes atribuições e imposição de um direito costumeiro por falta de legislação escrita. No passado, as instituições municipais não guardavam simetria com as modernas formas de governo, em especial, com o princípio da separação dos poderes.

No entanto, desde o período colonial, passando pelo Império e depois pela República, em todas as Constituições, os Municípios ascenderam, tendo enfrentado inclusive retrocessos em certos períodos da história até se tornar um integrante da Federação, e hoje representa um grande avanço na caracterização político-jurídica do federalismo brasileiro (Castro, 2006, p. 11).

Desde o processo de redemocratização do país, iniciado na década de 1980, que o cenário político institucional do país passou por profundas transformações. Houve especialmente uma redefinição do papel dos diversos níveis de poder, ou seja, uma nova estrutura federativa passa a favorecer muito mais as unidades subnacionais, restabelecendo certas competências usurpadas durante o período militar, bem como cria novos mecanismos de autonomia política e fiscal, sobretudo aos municípios.

O marco dessa transformação política foi a promulgação do novo texto constitucional em de 1988, pois transformou a estrutura jurídica e assentou o arranjo democrático. Essas transformações geraram uma nova ordem federativa, estabeleceram os pilares para o Estado Democrático de Direito, bem como traçaram os panoramas para o pacto federativo, notadamente o escopo para a atuação tanto dos Estados como dos Municípios.

Isso é importante, pois apesar de o Município estar presente como organização política autônoma em quase todas as constituições republicanas, com exceção da 1937, foi somente com a atual Constituição de 1988 que o município conquistou o *status* de ente federativo (Coelho, 1999, p. 59). Embora compreenda que apesar da Constituição não ter classificado a autonomia municipal como um poder estatal, no entanto, ao lhe emprestar natureza federativa semelhante à dos Estados-membros,

o torna peça constitutiva do próprio sistema nacional e, portanto, lhe fornece o perfil jurídico-político da República Federativa do Brasil (Bastos, 2001, p. 302).

Embora muitos autores tenham se debruçado sobre essa discussão, com opiniões divergentes sobre o tema[1], pode-se hoje afirmar que o Município atingiu a plenitude de sua autonomia em relação à União e aos Estados, com competências próprias, embora o que se defenda é que essas merecem ser ampliadas, especialmente no trato com as questões tributárias. Ressalta-se que essa obra parte do pressuposto de que o Município, além de compor a federação, é tido também como entidade federada.

Essa assertiva traduz a limitação material ao poder de emendar a Constituição, chamada de cláusulas pétreas, ou seja, a vedação atinge a pretensão de modificar qualquer elemento conceitual da Federação. Percebe-se que daí surge o risco do imobilizar, tanto para quem pretende interpretar o dispositivo constitucional, para atualizá-lo a uma dada realidade espaço-temporal, como para aqueles que almejam a concretização da norma de acordo com as mesmas necessidades de um dado período histórico. Onde reside o problema?

Aceita-se a ideia de que o conceito de federação é dinâmico e, por conseguinte, nenhum sistema pode estar imune a reformas que se adequem às dinâmicas sociais contemporâneas e, portanto, o problema está justamente em não se aceitar ou perceber a dinamicidade social tornando inflexíveis as normas existentes. Evidentemente que o povo é um só, o brasileiro, e não seria possível, em nome da autonomia, permitir-se, por exemplo, a "guerra fiscal[2]" ou o desmonte do sistema de saúde ou educação (Silva, 2001, p. 67).

Pretende-se demonstrar, ao tomar por base o Município como ente federado, que é possível constitucionalmente limitar autonomias sem,

---

1 Para Roque Antonio Carraza (2002, p. 143-144), em virtude de os Municípios não poderem influir nem decidir sobre questões nacionais, não integrando o legislativo federal, e não sendo sua autonomia uma cláusula pétrea, esse não se caracterizaria como unidade federada. Já para José Afonso da Silva (2001, p. 477) seria um absurdo pensar o Município como ente federativo simplesmente pelo fato de possuírem autonomia político-administrativa. Seriam necessários outros elementos, no entanto esses elementos já estavam contemplados na figura dos Estados, como é o caso do território.

2 A expressão "guerra fiscal" é definida por Hugo Thamir Rodrigues (2003, p. 144) como a prática das administrações públicas que utiliza da concessão de benefícios, pela extrafiscalidade, para manter ou atrair novas empresas para uma determinada unidade da federação, que seja, essa, um Estado, o Distrito Federal, ou um Município, o que implica, no campo fático, na migração de empresas e de empregos de uma unidade federada para outra, acarretando com isso a migração de receitas e de empregos.

contudo, esgotar o modelo existente. Evidenciar que unidades federadas podem e devem, para atingir os objetivos constitucionais, valer-se da coordenação, da cooperação e da solidariedade, dispensando a concorrência entre pares para atingir aquilo que seja a finalidade máxima do Estado, ou seja, a busca do bem comum.

Sendo o Município parte integrante do Estado brasileiro, entrelaçado está com os princípios fundamentais estabelecidos pelo Título I do texto constitucional. Por conta disso, suas ações devem ser guiadas, dentre outros, pelo princípio da dignidade humana, respeitando-se sua esfera de competências, a busca pela construção de uma sociedade livre, justa e solidária, e a promoção do bem de todos, além de estarem conectadas a demais direitos e garantias fundamentais, constantes do Título II da Carta Magna.

Com a crise pandêmica iniciada no final de 2019, as medidas adotadas por prefeitos de todo o país para o seu enfrentamento foram parar no Supremo Tribunal Federal (STF). Dentre elas estão (i) a decisão no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6362, ajuizada pela Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) questionando parte da Lei nº 13.979/2020, que permite aos gestores de Estados e Municípios a requisição de bens e serviços no combate a crise sanitária sem controle prévio do Ministério da Saúde (MS), e (ii) a ADI nº 6341/2022 MC/DF cuja discussão se deu em torno da Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020, que buscava regulamentar as providências de polícia sanitária e quais seriam os legitimados a implementá-las, considerando o enfrentamento da emergência de saúde pública.

Em relação à ADI nº 6362, a entidade pretendia que o STF confirmasse que todas as requisições administrativas por parte dos estados e dos municípios deveriam ser previamente analisadas e autorizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, impunha que o ente deveria deixar explícito que os atos de requisição estivessem devidamente motivados, mediante a devida ponderação do interesse que os motivou com os valores constitucionais da propriedade, da livre iniciativa e da eficiência na proteção da saúde, entre outros argumentos.

Ao reconhecer o contexto excepcional da crise de saúde que o país enfrentava, o STF reafirmou o federalismo cooperativo, deixando evidente que não há primazia de poder de um ente sobre o outro quando o assunto é emergência em saúde pública. Ressaltou que deve haver cooperação entre os entes, já que a responsabilidade é comum, também asseverando que,

embora o Ministério da Saúde seja competente para coordenar em âmbito nacional as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, não há evidências de que tenha capacidade de analisar e solucionar tempestivamente as multifacetadas situações emergenciais que eclodem em cada uma das regiões ou localidades do país (CNM, 2020).

Quanto à ADI nº 6341/2020, o Superior Tribunal Federal reafirmou os ditames da Constituição Federal de 1988 sobre a concorrência da competência legislativa dentre os componentes da federação. O ponto central da discussão repousou na questão administrativa, ou seja, se o chefe do poder executivo poderia reservar para si a administração das medidas restritivas que impactariam na gestão do sistema de saúde durante a pandemia, tomando-se como parâmetro o artigo 21 (concentra o rol de competências exclusivas da União), inciso XVIII - planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas, especialmente as secas e as inundações - da Constituição Federal.

Evidente que o enfrentamento de uma crise sanitária, cujos impactos recaem sobre o sistema de saúde, não deve ficar restrito a um único ente, especialmente à União, haja vista que o texto constitucional estabeleceu os marcos da gestão compartilhada do sistema de saúde nos seus artigos 196 a 198, pelos quais participam todas as esferas de governo. Embora ocorram certas confusões de nomenclatura, pois a hipótese não se tratava de gestão da saúde (planejamento permanente), mas sim de gestão de uma situação de calamidade pública (situação transitória), a decisão fundou-se na competência para a emissão de medidas de restrição de circulação e aglomeração de pessoas, e sobre a necessidade de conter o avanço da doença para evitar a sobrecarga do sistema de saúde.

Portanto, sendo o sistema de cunho cooperativo e compartilhado, as decisões quanto aos mecanismos impostos pela Lei nº 13.979/2020 também deveriam ser. Diante do dinamismo do federalismo cooperativo, o STF impôs que as decisões não deveriam circular em torno de escolhas binárias, entre o presidente da república e os governadores, mas sim deveria prestigiar as escolhas dos chefes dos poderes executivos municipais, ou seja, dos prefeitos. Com isso, reafirmou-se a competência legislativa e administrativa de Estados e Municípios para enfrentar a pandemia.

A partir disso, a autonomia municipal e sua localização como ente federativo têm sido consagradas também mediante a jurisprudência do STF. Os julgados do STF refletem o fato de que as decisões adotadas no âmbito local causam impacto diretamente na população. Nesse sentido,

compete aos Estados regular as matérias que impactam na sua região, e aos Municípios disciplinar atividades de serviços que interferem na rotina diária das cidades, especialmente durante uma pandemia, como o funcionamento de bares, restaurantes, lojas, trânsito, indústrias, mercados, espaços públicos, sistema educacional, creches, dentre tantos outros. Essa percepção foi inédita durante a vigência do estado pandêmico.

Providências adotadas por diferentes municípios brasileiros para conter o avanço de pandemias, como instituir a obrigatoriedade do uso de máscaras, restrição para a circulação de pessoas, fechamentos de praias, proibição de eventos em ambientes fechados, instituição de toque de recolher, fechamento de comércios não essenciais, restaurantes e escolas fez com que reiteradamente fosse reconhecida a autonomia dos municípios. Isso ocorreu não somente em relação às medidas para o enfrentamento da pandemia, mas também em relação a todas aquelas medidas que são indispensáveis para a manutenção de atividades e serviços públicos de prestação continuada.

Assim, o livro delimita a investigação, a partir da leitura sistemática do texto constitucional e do diagnóstico do sistema de saúde da Associação dos Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período de 2018 e de 2021, verifica-se, a necessidade de os municípios criarem políticas públicas financeiras e tributárias baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, se faz necessário conhecer os dados geográficos e políticos da AMAU.

Desse contexto, em 1970, foi fundada a Associação dos Municípios do Alto Uruguai, que inicialmente era composta por 15 municípios e atualmente conta com a participação de 32 municípios associados. A finalidade da associação é a integração de todos os municípios associados, tanto administrativa como economicamente, respeitando as suas autonomias. Também não há objetivos de obter resultados financeiros, uma vez que a associação não possui fins políticos e lucrativos, unicamente prega a união e a integração de todos os seus 32 Municípios Associados (AMAU, 2021).

1.3 Competências municipais, abrangência e impactos constitucionais em crises sanitárias

Como ente federado, o Município integra o conceito de federação brasileira (Aguiar, 1995, p. 11). Segundo conceitua Costa (1999, p. 61-62), o Município é organização política, pessoa jurídica de Direito Público interno, com base territorial determinada, englobando um conjunto de vizinhos, com interesses locais e comuns, com autonomia política, administrativa e financeira garantida pela Constituição, essa que lhe define a competência.

Em outras palavras, a autonomia municipal é a faculdade que o Município tem assegurada pela Constituição da República. Ocorre pelo poder/dever a ele outorgado, de auto organizar-se politicamente, através de lei própria, de autogovernar-se, de legislar, originária ou supletivamente, sobre assuntos de interesse local e de auto administrar-se, gerindo seus próprios negócios e dispondo livremente sobre eles, respeitados o sistema constitucional das competências e as restrições que a mesma Constituição lhe impõe (Aguiar, 1995, p. 41).

A partir de 1988 o Município se torna indispensável ao sistema federativo e, na mesma proporção dos demais entes, possui sua autonomia dividida entre auto-organização, autogoverno, autoadministração e autolegislação. Essa autonomia, além de ser uma previsão constitucional, precisa também ser manifestada por meio da organização de serviços próprios (âmbito local), da escolha de seus representantes (prefeitos e vereadores) e pela competência de instituir e arrecadar seus próprios tributos (Boff, 2005, p. 82).

Após incluir o Município entre os componentes da federação e lhe conferiu autonomia, pelas quais exerce competências privativas de natureza material (ou administrativas) e legislativa, competências comuns ou concorrentes com os demais entes da federação e também lhe assegura competências suplementares, essas quando faltar previsão legal na legislação Federal ou Estadual. Depreende-se disso que a autonomia federativa pressupõe uma repartição de competências entre os membros da Federação, sendo essa distribuição de poderes um dos pilares caracterizadores e assecuratórios do convívio pacífico no Estado Federal. Além disso, deve ser aplicado um princípio básico que é o da predominância do interesse.

Ao possibilitar com que os Municípios elaborarem suas próprias Leis Orgânicas, estabelecendo o modelo institucional a ser percorrido pelos

Municípios, garantiu maior clareza quanto às garantias constitucionais de interesse local, possibilitando que a sociedade também compreendesse melhor o papel do ente municipal nas suas vidas. Capacidade de autogovernar-se está diretamente relacionada com a possibilidade de eleger diretamente os seus representantes, Prefeito, Vice-Prefeito e Vereadores, sem a interferência do Governo Federal ou Estadual. Assim, um dos aspectos de maior relevância quanto à autonomia municipal é a capacidade de editar a sua própria Lei Orgânica e organizar suas ações com base nela e nas demais leis municipais (Moraes, 2005, p. 283).

Nessa medida, o titular do Poder Executivo local é o Prefeito Municipal. Ao prefeito compete exercer as funções governamentais e administrativas de chefia da administração pública local, o que significa dizer que todas as demandas de políticas públicas aos residentes no município, como o fornecimento de educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte público, dente outros, estão sob sua responsabilidade, ainda que em alguns assuntos, como saúde, essa competência não seja exclusiva.

Tem-se, então, que o prefeito é o titular do poder executivo municipal, exerce as funções governamentais e administrativas locais, auxiliado pela Câmara Municipal de Vereadores, que desempenha importante função, dentre elas está a incumbência pela atividade legislativa municipal de criação de normas jurídicas, disciplinando os assuntos de interesse local ou suplementar, na ausência de legislação Federal ou Estadual. Além disso, compete ao legislativo local o controle das contas públicas, juntamente ao Tribunal de Contas, ambos atuando de forma independente e harmônicos entre si (Boff, 2005, p. 83).

Por essas definições, fica claro que à União cabe aquelas matérias e situações de predominante interesse geral ou nacional e, aos Estados as matérias e assuntos cujo interesse seja predominantemente regional. Por isso, segundo Moraes (2005, p. 283), interesse local é aquele que dize respeito diretamente às necessidades imediatas do município, dentro da sua esfera de circunscrição, mesmo que acabem gerando reflexos no interesse regional ou geral.

Pode-se dizer que o que define e caracteriza interesse local, inscrito como dogma constitucional, é a predominância do interesse do Município sobre o do Estado ou da União. Não se trata de interesse exclusivo do Município; também não é interesse privativo da localidade; e não é interesse único dos munícipes. Significa que tudo que repercutir direta e imediatamente na vida municipal é de interesse peculiar do município,

embora possa interessar também indireta e mediatamente ao Estado-membro ou à União (Meirelles, p. 109-110).

É sobre esse ponto que reside um dos questionamentos dessa obra, pois, se assuntos de interesse local podem gerar reflexos no âmbito regional, não deveriam ser discutidos e solucionados de forma cooperativa? Parece que sim. A pandemia de COVID-19 trouxe vários aspectos e exemplos de assuntos de interesse local, mas que extrapolam as divisas dos municípios como, por exemplo, a exploração da atividade de estabelecimentos comerciais, horário de funcionamento do comércio local, bem como de outros estabelecimentos afins.

Em determinados municípios, como os na região da AMAU, alguns se tornam centros comerciais para os demais, ou seja, a população sai do seu município e se desloca para os maiores, tanto para trabalhar, estudar, como para fazer compras no comércio em geral. Isso é uma realidade em todo o território nacional e significa que as competências municipais de interesse local passaram a ser discutidas e debatidas sob o aspecto das competências comuns, forçando a tomada de decisões de forma cooperada entre vários entes municipais, especialmente daqueles que necessitavam do mesmo sistema público de saúde, ou da mesma rede hospitalar para o atendimento da crise sanitária.

Embora existam dois aspectos importantes sobre as competências, a primeira diz respeito ao fato de que as competências comuns não podem ser renunciadas, nem mesmo transferidas e, por segundo, ainda que a previsão das competências administrativas comuns não implique competência legislativa, no entanto, isso não significa que entes federativos de mesmo nível não possam legislar conjuntamente sobre matéria que afeta a mais de um ente direta ou indiretamente. O que é preciso nesse caso é que sejam respeitados os limites do sistema constitucional quanto à autonomia político-administrativa, especialmente no que tange ao artigo 1º da CF (a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político).

Além disso, a atividade financeira conferida ao município provém da arrecadação dos tributos de sua competência, ou seja, arrecadados pelo ente municipal e dos repasses constitucionais (Fundo de Participação dos Estados e Fundo de Participação dos Municípios). Ao regime das finanças locais cumpre ainda a função constitucional de operar uma justa repartição dos recursos públicos pelo Estado (administração) e pelas autarquias locais,

devendo ainda, quanto a essas, corrigir desigualdades entre as do mesmo grau (Oliveira, 1993, p. 287).

Por isso, quando Canotilho (2003, p. 253) tece comentários sobre a garantia da autonomia das administrações locais, afirmando que essa garantia é um elemento constitutivo do estado de direito, ele está dizendo que ambas possuem uma estreita conexão com o princípio democrático, ou seja, a democracia descentralizada é a democracia assente em um poder local autônomo que assegura a separação territorial de poderes e contribui para uma maior participação democrática no exercício do poder. Embora sua ligação com o princípio do estado de direito não esteja tão visível, certo é que a ideia de estado de direito estava associada com a ideia da descentralização administrativa, essa como um limite ao poder unitário e conformador do próprio Estado.

Além disso, esse mesmo autor defende que a garantia da autonomia local se apresenta como um contrapoder do Estado, que assegura aos Municípios um espaço de conformação autônoma cujo conteúdo essencial não pode ser destruído pela administração estatal. Isso porque o estado de direito vem garantido, sobretudo, nas dimensões de autonomia normativa e institucional, para, por intermédio dos órgãos representativos livremente eleitos (componente democrático), se prosseguirem os interesses próprios das populações, sendo que essa busca pode ser feita de forma autônoma ou em cooperação com os demais poderes - central e regional - (Canotilho, 2003, p. 361-362).

São esses os parâmetros que determinam o alcance e a abrangência da atuação do ente público municipal. Dentro desse contexto, embora exista uma preferência a ser observada em razão do maior ou menor interesse a ser observado, a legislação brasileira estabeleceu quanto à competência legislativa exclusiva municipal, desde que não ultrapasse os limites impostos pelas normas gerais editadas pela União e pelo Estado, supletivamente (Brasil, 1988).

Se a competência suplementar do município compete apenas em relação aos assuntos que digam respeito ao interesse local, parece plausível a defesa das teses favoráveis aos municípios que editaram legislações próprias durante o período pandêmico para evitar a proliferação do vírus. Tais atos tiveram por objetivo suplementar a legislação estadual ou federal, objetivando o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional, ficando claro que todos os entes da federação são responsáveis

pelo desenvolvimento e bem-estar social, conforme estabelece o parágrafo único, do artigo 23 da Constituição Federal.

Outro aspecto relevante diz respeito à competência financeira dos municípios, prevista no artigo 30, inciso III, no artigo 145 e no artigo 156, todos da Constituição Federal, que, estabelece a competência para o ente municipal legislar sobre matéria tributária de interesse local. Sem recursos próprios não há como se garantir a realização e a manutenção de serviços públicos. Por oportuno, quem deve instituir tributos municipais é o ente municipal por meio de lei própria, pois, do contrário, sem lei não há tributo algum.

Tal afirmação parece plausível, no entanto a pandemia revelou a face oculta da maioria dos municípios, especialmente no norte do Estado do Rio Grande Sul, nos quais "atribuir-se autogoverno ao município sem lhe dar renda adequada à execução dos serviços necessários ao seu progresso seria uma quimera" (Aguiar, 1995, p. 108). De fato, uma quimera, pois possuir competência para instituir e arrecadar tributos não significa que o município é independente financeiramente. Isso foi percebido largamente com a pandemia, transparecendo um problema que sempre ficou desprezado aos olhos da esfera central.

Nesse cenário, destaca-se que apesar da complexidade e das dificuldades que podem surgir da interpretação da tripartição de poderes, é evidente que estados e municípios ocupam lugar de destaque no cenário nacional, que ocupam posição privilegiada para exercerem suas competências diretamente da Constituição Federal. Parece correto sustentar que essa autonomia, ganha particular relevo quanto ao aspecto de gerir livremente os recursos públicos que lhe são destinados, observados, apenas, os limites constitucionais legais.

Assim, a autonomia dos estados e municípios de autogovernarem-se e de bem proverem a aplicação dos recursos públicos, especialmente os oriundos dos repasses realizados por meio dos Fundos de Participação, sejam Estaduais ou Municipais, devem levar em consideração que esses correspondem ao que seu povo, por seus representantes, estabelece nas leis votadas pelas suas Câmaras. Assim, podem governar-se e administrar-se como bem lhes parecer, sem interferência de outros poderes, contanto que não se afastem dos princípios constitucionais (Carraza, 2013, p. 191).

Para que o atendimento das demandas seja efetivado é necessário que o ente disponha de recursos que serão arrecadados por sua própria competência ou por meio de repartição das receitas tributárias, questão

que aqui se considera de suma importância, especialmente aos municípios, pois lhes garante meios econômicos necessários à realização dos objetivos contidos na Carta Magna e nas demais leis. Aponta-se que a ideia de cooperação entre os entes federados está inserida no ideal de autogoverno e autonomia dos estados e municípios, fundamentando os objetivos constitucionais de concretização dos direitos fundamentais do povo brasileiro tal como proposto no texto constitucional.

A atuação do governo municipal é sem dúvida – respeitadas as garantias constitucionais de atuação e autogoverno – a maior expressão do princípio republicano, pois ele exerce sua eficácia governamental próximo de seus mandatários (Ataliba, 2001, p. 46). Ressalta-se que, por reiteradas vezes, a Constituição determina que uma pessoa política deve partilhar o produto da sua arrecadação tributária, sem, contudo, interferir nas suas competências estabelecidas em lei, sendo a autonomia financeira que garante autonomia política e jurídica quando bem distribuída pelas demais esferas da Federação (Carraza, 2013, p. 776-782).

Para a concretização dos ideais constitucionais, especialmente os municípios necessitam de incrementos financeiros, pois com recursos próprios não conseguem dar conta de todas as demandas que estão sob suas competências. Esses fundos são também conhecidos de fundos constitucionais de participação, justamente por estarem previstos na Constituição Federal, artigo 159, I, a e b, possuindo o objetivo de proporcionar o equilíbrio na distribuição dos recursos advindos da União e que são destinados aos entes federativos.

No Brasil, a maioria dos municípios depende de verbas que vêm de fontes externas à sua arrecadação. Nesse contexto, observa-se que o fundo de participação também denominado de fundos constitucionais de participação, por estarem justamente previstos na Constituição Federal, possuem o objetivo de proporcionar um equilíbrio na distribuição dos recursos da União aos demais entes federados, e auxiliar na concretização dos objetivos constitucionais. Esses fundos são fundamentais para as finanças municipais, já que as unidades subnacionais previstas na organização do Estado brasileiro preveem que os fundos de participação possam representar a principal fonte de receita dos municípios brasileiros para atender demandas de interesse local. Para Carraza, "basta ser o assunto de interesse local para que o Município dele possa se ocupar, sem nenhuma necessidade de demonstrar que ele é de seu peculiar interesse (2013, p. 192)".

Dessa forma, a autonomia dos municípios, prevista no artigo 30 da Constituição Federal, embora seja um rol meramente exemplificativo, e não taxativo, é de significativa importância, posto que revela toda a sensibilidade e a atenção que o Constituinte teve ao cuidar das matérias inerentes ao interesse local, respeitadas as peculiaridades de cada região. Sendo de interesse local por disposição constitucional, devem ser consideradas e naturalmente respeitadas pelas competências que lhe foram atribuídas (Carraza, 2013, p. 200-202).

Adentrando mais especificamente no assunto pertinente ao Fundo de Participação dos Municípios, que é uma transferência constitucional, prevista no artigo 159, I, b, da União para os Estados e Municípios, composto de 24,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Esse percentual é calculado sobre a receita líquida e são obtidos pela receita bruta arrecadada com os respectivos impostos, deduzidos os incentivos fiscais e as restituições, e se destina a atender aos assuntos de interesse local (Brasil, 2018).

Essa divisão de lucros está regulada no artigo 4º da Lei Complementar nº 62, de 1989, no entanto, quanto ao percentual de arrecadação, esse sofreu diversas alterações ao longo dos anos devido a inúmeras alterações na legislação relativa ao Fundo, ou seja, pode-se dizer que há uma divisão dos recursos por regimes do país. Todavia, mesmo com essas divisões de quotas, poderão os interessados acompanhar o cálculo das mesmas e suas liberações, já que é um direito que está expresso no artigo 161, inciso III da Constituição Federal (Brasil, 2018).

A distribuição dos recursos aos Municípios é feita de acordo com o número de habitantes, onde são fixadas faixas populacionais, cabendo a cada uma delas um coeficiente individual. Os critérios atualmente utilizados para o cálculo dos coeficientes de participação dos Municípios estão baseados na Lei Nº 5.172/66 (Código Tributário Nacional) e no Decreto-Lei Nº 1.881/81.

Anualmente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE divulga estatística populacional dos Municípios e o Tribunal de Contas da União, com base nessa estatística, publica no Diário Oficial da União os coeficientes dos Municípios. A fixação dos coeficientes individuais de participação dos municípios no FPM é efetuada com base nas populações de cada município brasileiro – enviadas ao Tribunal pelo IBGE até o dia 31 de outubro de cada exercício – e na renda per capita de cada Estado, que também é informada pelo IBGE.

Para os fins do cálculo das quotas referentes aos fundos de participação, o IBGE publica no Diário Oficial da União, até o dia 31 de agosto de cada ano, a relação das populações por Estados e Municípios. Os interessados, se dentro do prazo de 20 dias da publicação, podem apresentar reclamações fundamentadas à Fundação IBGE (Brasil, 2018).

Percebe-se que o Fundo de Participação é uma ferramenta presente na tradição da federação brasileira, formada pela união indissolúvel dos Estados, Distrito Federal e Municípios, constituindo-se, assim, em Estado Democrático de Direito, garantindo dignidade a todos para bem cumprir os objetivos fundamentais da República, quais sejam: (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) e, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Basicamente, extrai-se do texto constitucional que o FPE e o FPM foram criados e pensados com o intuito de fomentar o equilíbrio socioeconômico entre os Estados e Municípios, além de dispor de mecanismos para articular ações mais complexas, de cunho econômico, ambiental e social. No entanto, o uso desses recursos é limitado.

Cabe também lembrar que a fiscalização desses recursos é competência da CGU e do TCU, basicamente, ou de outros órgãos de controle relacionados com a esfera dos recursos administrados ou utilizados, ou seja, no caso federal, esses órgãos detêm plena competência para fiscalização em Estados e Municípios quando se tratar de recursos da União transferidos a esses entes.

Também os Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios e o Ministério Público exercem função de controle e, esse último, tem como atribuição a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, conforme o artigo 127 da Constituição Federal. Essa instituição é legitimada para utilizar inúmeros instrumentos jurídicos, a fim de assegurar a regular atividade pública, especialmente as competências constitucionais arroladas no artigo 129 da Constituição Federal.

Além do controle exercido por essas instituições, tão ou mais importante é o controle social, exercido pelo cidadão; esse será sempre o melhor agente de controle da gestão pública, pois está presente em toda atuação estatal, quer na condição de agente público, quer na condição de beneficiário das políticas públicas. Essa participação ativa do cidadão é tão

importante que a Constituição Federal já a prevê em seu artigo 5º, inciso LXXIII:

> [...] qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;

Para garantir amplo acesso do cidadão às contas dos entes federativos, a Lei Complementar 101 de 2000, denominada de "Responsabilidade Fiscal", estabelece, em seus artigos 48 e 49, instrumentos de transparência dos atos da gestão pública que facilitam a atuação dos interessados e, no artigo 59, reforça a importante atribuição conferida ao Poder Legislativo, como instituição competente para a fiscalização da Gestão Fiscal das contas públicas, como mais um mecanismo para garantir certa simetria entre as unidades federadas. No entanto, quando se amplia o olhar para a qualidade de vida da população e quanto aos impactos da pandemia na saúde e na vida das pessoas, percebe-se que não existe simetria, pois os níveis de desenvolvimento de cada unidade federada são diferentes, em razão de ser influenciada pela direta capacidade de arrecadação e por outras situações sociopolíticas e econômicas que influência diretamente na vida de cada um e de todos (Ramos, 2000, p. 62).

Vivencia-se em um mesmo território nacional realidades em graus diversos de bem-estar e qualidade de vida em tempos normais. Com a pandemia iniciada em 2020 e as restrições impostas no esforço de frear a proliferação do vírus, os parâmetros de desigualdade ficaram mais evidentes, esses que segregam e excluem milhares de brasileiros ao acesso a direitos básicos como emprego, moradia, alimentação, saúde, educação e segurança, apontando semelhanças em todas as unidades federadas.

Ainda, os gestores públicos em geral foram chamados a responder por demandas diversas e muito complexas, essas envolvendo tanto o mercado como a sociedade, situações tensas, vinculadas a falta de medicamentos, leitos de UTIs, falta de materiais e pessoas para enfrentar a crise pandêmica instaurada. Por certo que as escolhas (muitas realizadas sob o manto da escassez de recursos) foram trágicas e, pressupõe ausência de justificativas legítimas e democráticas, por isso, demandam dos órgãos de fiscalização todo o tipo de controle, sejam eles preventivos ou curativos.

Devido a isso, os compromissos permanentes do Estado em preservar e manter direitos e liberdades precisam estar constantemente

nivelados/harmônicos, a fim de não menosprezar a Constituição, levando a decisões irreversíveis para a vida e a sociedade. Embora os cenários de emergência e perigo constante a que o Brasil foi submetido desde o início da crise sanitária de 2020, esses passaram a evidenciar rastros e sequelas de multiníveis, aumentando os custos de direitos e garantias constitucionalmente previstos.

Nesse compasso, a situação excepcional formada pela pandemia trouxe questões complexas para o campo das políticas públicas que por consequência direta envolvem o campo do direito financeiro e tributário, sendo necessárias medidas excepcionais nesses segmentos visando um tratamento diferenciado para solucionar questões extraordinárias. Dentre algumas medidas adotadas estão as desonerações tributárias, com a redução da alíquota do IPI a zero para bens necessários ao combate ao COVID-19, isenção de IOF nas operações de crédito da conta da COVID, e diferimentos que consistiram em adiamentos, suspensões e prorrogações de dívidas com o escopo de sustar ou diferir o pagamento de tributos federais, em suas diferentes modalidades, tudo para dar fôlego, tanto a empresas públicas como a privadas (Brasil, 2020).

Os diversos relatórios de acompanhamento do Tribunal de Contas da União, das medidas tributárias e aduaneiras, adotadas pelo executivo federal e com reflexos sobre todos os entes federados, são compilados em Acórdãos, dentre eles os Acórdãos nº 1195/2020, 1638/2020, 2193/2020, 2837/2020 e 1369/2021. Tais estudos revelam que a arrecadação total das receitas federais teve um decréscimo de 6,91% em relação a 2019, ou seja, embora não se questione as medidas adotadas, certo é que elas impactam diretamente nos municípios, pois que seus reflexos estão diretamente ligados aos repasses constitucionais da União para os entes subnacionais.

Evidente que a situação de calamidade pública implica não só uma queda na arrecadação de receitas, conforme visto, como também, o aumento de despesas em função dos gastos públicos necessários ao combate da doença. Da mesma forma, a queda na arrecadação demonstra que a pandemia afetou a situação econômica das pessoas e das empresas, pois a circulação de bens, serviços e pessoas ficou extremamente reduzida.

Diante desse cenário todo, ainda não se vê com clareza qual a extensão e em que medida podem ser ajustados todos os impactos e as violações a bens fundamentais que forma impostos, em nome da sobrevivência da própria democracia e do Estado de Direito. Por isso, situações de pandemia normalmente inaugura situações novas e incomuns

para o campo do direito financeiro e tributário, implicando dizer que, em situações de anormalidade, também o tratamento que será dado a essas matérias deverá pautar-se em alguns casos pela excepcionalidade, e em outros pela transmutação das normas para o estabelecimento de novas premissas, essas capazes de trazer normalidade aos milhões de brasileiros que dependem do Estado para sobreviver.

Pode-se citar algumas medidas implantadas que, embora determinadas de forma temporária, poderão ser acatadas de maneira permanente, independentemente de a pandemia se estender ou não. A tendência de que algumas medidas adotadas em um contexto incomum venham a permanecer são benéficas e promissoras, no sentido de melhorar a administração pública como um todo.

Dentre algumas medidas que poderão ser adotadas de maneira permanente estão as medidas administrativas de desburocratização, como envio de documentos pelos ambientes virtuais, julgamentos e audiências totalmente no ambiente virtual, bem como outras medidas tendentes a conferir celeridade aos processos, e assim melhorando a prestação jurisdicional. Essas medidas não só conferem economicidade de tempo, mas também de recursos públicos envolvidos na atividade administrativa. Em tempos modernos, onde cada vez mais o poder aquisitivo das pessoas é diminuído, poder desempenhar certas atividades sem se deslocar por longos percursos e períodos de tempo, significa também, ter um pouco mais de qualidade de vida.

Diante desse contexto, a pandemia impôs reflexões permanentes também no campo tributário, fazendo surgir para o Estado um dever de contribuir para com a sociedade diante de um cenário tão devastador e recessivo para as pessoas, ou seja, pensando num contexto de pós-pandemia, as questões que envolvem a tributação e toda a área fiscal, essas precisam estar em constante evolução, de acordo com a opção de Estado, do sistema constitucional recepcionado e acolhido por todos. Nesse aspecto, revela-se importante mencionar que o desenvolvimento do tributo está ligado ao desenvolvimento dos direitos fundamentais das pessoas, que nada mais é que garantir igualdade, não só formal, mas também material (Nogueira, 2001, p. 333-338).

É necessário que a justiça social perpasse pela garantia do direito a uma vida digna. E o viver dignamente exige saúde. Não existe dignidade sem direito à saúde ou com o seu acesso negado. E, garantir o acesso à saúde não é um ato, é um processo, o qual exige planejamento, metas e

priorização. Processos exigem vislumbrar os futuros possíveis e se preparar para as variáveis não desejáveis, como as experienciadas nas crises sanitárias. Trata-se de uma simples questão de respeito para com cada ser humano, mesmo para com aqueles que ainda sequer foram concebidos.

Pensar o Estado como a reunião de seres humanos com objetivos comuns, exige pensar o Estado como processo, porque a vida é um constante movimento. Sob o pressuposto de que o Estado existe em função das pessoas, não é concebível que o Estado somente assuma sua função de agir quando algo já aconteceu. Uma administração pública moderna exige antever o futuro, porque processo também significa projetar o futuro e, projetar o futuro pressupõe ampliar o olhar sobre as necessidades futuras das pessoas.

Projetar o futuro significa a elaboração de esquemas ou de diretrizes percebidas a partir da ideia defendida de que o financiamento da saúde pública no Estado brasileiro necessita ser pensado a partir da associação feita com os princípios constitucionais, de modo a demonstrar que para que um cidadão tenha condições de prover sua própria subsistência por meio do trabalho, ele necessita de saúde, que para ter saúde necessita de boa alimentação, que para ter boa alimentação necessita de trabalho. Saúde não é algo isolado, está vinculado ao todo. E esse todo perpassa pela tributação, posto que o Brasil é um país que adotou o capitalismo.

Além disso, ao se perceber que a saúde é um pressuposto para uma existência digna, o fio condutor para o acesso às demais garantias sociais perpassa pelo planejar o futuro. Isso é inquestionável. Trata-se de qual sistema de saúde se quer no futuro, e isso passa pela compreensão de cada um dos princípios constitucionais, de seu conteúdo geral e de suas relações entre si e com o sistema tributário. Pensar o futuro da saúde é demonstrar a coerência que existe em direção ao sistema de financiamento das políticas públicas de saúde, clarificando a ideia de que a sustentabilidade da saúde pública obriga a se projetar o futuro a partir desse olhar sistêmico, tentando perceber as demandas futuras que podem sobrecarregar o sistema e inviabilizar o seu acesso.

Assim, em cenários democráticos, é preciso reconhecer os custos do futuro, ainda que inicialmente sejam vistos de forma intangível e abstrata. É preciso amplificar o olhar, pois em algum momento eles chegarão para os cofres públicos. Por isso, o livro pretende demonstrar que por meio da cooperação horizontal será possível criar mecanismos financeiros e tributários para garantir que o dinheiro público destinado especialmente

para o atendimento da saúde, que atualmente é distribuído de forma desigual com vistas a gerar futura igualdade e justiça social, prescinde de novos parâmetros capazes de abarcar os objetivos do artigo 3º da Constituição Federal.

1.4 Possibilidades de cooperação horizontal para o financiamento da saúde pública a partir da leitura sistemática da Constituição Federal de 1988

Ao ser declarado, pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020, o cenário de pandemia mundial da COVID-19, em decorrência da disseminação do vírus Sars-Cov-2, ressurgiram, no cenário nacional e internacional, as mazelas e deficiências dos sistemas de saúde. No Brasil, como uma possível resposta ao agravamento da pandemia, o governo federal publicou a Lei nº 13.979/2020, de natureza extraordinária, dispondo sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional.

Diante da crise mundial de saúde, ganham cada vez mais força as ações e iniciativas em prol da vida, deflagradas por diferentes instituições e segmentos da sociedade, cientes da importância do aspecto existencial e da relação direta entre o setor econômico e o social. O cenário tem demonstrado a capacidade de dar guarida a concepções transformadoras das bases tanto do direito público quanto do direito privado. Em suma, trata-se de estabelecer novos parâmetros para a definição da ordem pública, de maneira a privilegiar, especialmente, os valores não patrimoniais, ou seja, a dignidade, a personalidade e os direitos sociais, cujo atendimento necessita voltar-se para um processo de funcionalização dos institutos jurídicos que permeiam a seara constitucional (Tepedino, 2011, p. 22).

Dado que o planejamento sanitário, entre outras questões, busca estruturar um sistema de saúde que seja, acima de tudo, resolutivo, adequado às reais necessidades dos que dele são dependentes e capaz de produzir qualidade de vida com equidade, entende-se que o caminho a ser percorrido consiste na adoção de uma nova metodologia para qualificar os recursos destinados à saúde, de modo a capacitar o sistema para a sustentabilidade do acesso a esse indispensável sistema público. Para tanto, devem ser consideradas as especificidades locais de cada região, as desigualdades regionais no que diz respeito à garantia de respostas efetivas aos problemas de saúde da população e as necessidades invisíveis que se

expressam fora do sistema de saúde, mas que refletirão sobre ele no futuro. Se realizada uma leitura apressada do texto constitucional, pode-se cair no equívoco de afirmar que o Estado Federal brasileiro é um Estado simétrico, sob o ponto de vista de que existe paridade entre os graus de representação política de cada unidade federada.

No entanto, quando se amplia o olhar para a qualidade de vida da população e para o acesso aos direitos sociais, percebe-se que não existe simetria, pois os níveis de desenvolvimento de cada unidade federada são distintos, em razão de serem influenciados, sobretudo, pela capacidade de arrecadação de cada uma, além de outras circunstâncias sociopolíticas e econômicas (Ramos, 2000, p. 62). Vivenciam-se, no mesmo espaço territorial, realidades com diferentes níveis de bem-estar e qualidade de vida, demonstrando que a origem e a evolução do federalismo brasileiro estão relacionadas a um modelo federalista assimétrico, que segrega e exclui milhares de brasileiros do acesso a direitos básicos, como emprego, moradia, alimentação, saúde, educação e segurança, circunstância que se tornou ainda mais evidente durante a pandemia.

Muitos afirmam que, no Brasil, diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos, houve um federalismo por desagregação, pois a criação formal do Estado Federal, em 15 de novembro de 1891, decorreu do arruinamento do Estado Imperial. Todavia, na prática, o território brasileiro já se encontrava subdividido, com territorialidades bem definidas e distintas entre si, especialmente sob o aspecto cultural. Desde a época das capitanias hereditárias, posteriormente absorvidas pelo conceito de províncias, que foram as precursoras dos atuais Estados, já existia, no Brasil, um forte aspecto de descentralização territorial, embora acompanhado de uma autonomia política vigiada.

O que se pretende demonstrar é que a formação cultural decorrente da descentralização brasileira remonta a um passado distante, sendo que os movimentos de centralização e descentralização sempre estiveram presentes no país, independentemente da fase histórica vivenciada, imperial ou federal. No próprio curso da federação formal (após 1891), houve períodos de maior descentralização, assim como momentos em que o poder se mostrou mais centralizado. No processo de construção do Estado nacional, o Brasil criou regiões de desenvolvimento e regiões metropolitanas, objetivando aperfeiçoar a redistribuição de receitas e incentivos. Foi esse o pensamento que orientou a busca do equilíbrio e da manutenção da União (Ramos, 2000, p. 53).

Nesse processo de conciliação entre diversidade e unidade, essas diferenças foram incorporadas ao texto constitucional e podem ser percebidas em diversos dispositivos, como os artigos 23, 43, 151 e 155 da Constituição Federal, distribuídos por temas como definição de competências, orçamento, fixação de tributos, repartição de receitas, entre outros. Assim, a cooperação permeia todos esses institutos, especialmente o artigo 23, no qual consta expressamente que lei complementar fixará normas para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com o objetivo de manter o equilíbrio e o bem-estar em todo o território nacional.

Trata-se de estabelecer parâmetros para concretizar o projeto nacional de desenvolvimento, evidenciando, contudo, um modelo de cooperação vertical, concebido de cima para baixo. Esse modelo foi estruturado a partir de normas constitucionais e infraconstitucionais que disciplinam a repartição de competências entre os entes federados, da esfera maior para a menor, buscando atender às necessidades sociais. Tal estrutura demonstra a existência de assimetria, cuja mitigação exige cooperação, apresentando-se esta como a forma mais adequada de amenizar as persistentes desigualdades sociais (Bonavides, 1996, p. 361).

A partir dessas premissas, e considerando que esta obra aborda questões financeiras e tributárias relacionadas à sustentabilidade da saúde pública, importa destacar que, no Brasil, vigora o modelo de federalismo cooperativo de caráter vertical, especialmente perceptível na repartição das receitas tributárias e na concessão de incentivos fiscais. Esses mecanismos são compreendidos como formas indiretas de cooperação, que reforçam a assimetria ao reconhecer que as desigualdades sociais podem ser superadas mediante definições da política tributária, capazes de estabelecer diferenciações em prol de um desenvolvimento equilibrado, a exemplo do previsto no artigo 43 da Constituição Federal (Ramos, 2000, p. 32).

Diante dessa estrutura de federalismo vertical e em consonância com a organização normativa vigente, o equilíbrio somente será possível mediante o estabelecimento de normas tributárias que positivem constitucionalmente os ditames gerais da política nacional de desenvolvimento, na qual, *a priori*, o dinheiro público deve ser distribuído de forma desigual, com vistas à promoção futura da igualdade e da justiça social. A cooperação insere-se nesse contexto como instrumento de concretização dos objetivos previstos no artigo 3º da Constituição Federal, embora ainda demande aprimoramento, diante da ausência de previsão

expressa da cooperação horizontal como mecanismo mais eficaz para a efetivação dos preceitos constitucionais.

Assim, embora a cooperação tributária e financeira esteja inserida no contexto do federalismo vertical, é possível sustentar sua orientação em favor do federalismo cooperativo horizontal, ainda que implícito na Constituição Federal, pois tal compreensão não representa uma construção absurda; ao contrário, harmoniza-se naturalmente com a realidade social e econômica brasileira, bem como com os preceitos republicanos e com a autonomia municipal assegurada pela ordem constitucional.

Hermany (2007, p. 250) defende a autonomia do poder local como espaço de articulação da cidadania e de construção do Direito Social, reafirmando a posição do Município como o ente que privilegia a execução das políticas públicas definidas em parceria com a sociedade. Nessa perspectiva, revela-se necessária a inserção de mecanismos eficazes capazes de ampliar a cooperação federativa horizontal, potencializando recursos públicos já escassos, especialmente aqueles destinados à prevenção e à promoção da saúde, sem, contudo, afastar a importância do princípio da subsidiariedade.

O princípio da subsidiariedade apresenta-se como um instrumento eficaz diante da descentralização existente no modelo de federalismo vertical entre os entes municipais. Baracho (1997) compreende o dinamismo do federalismo relacionado com a subsidiariedade e com a autonomia necessárias para assegurar a paz e a liberdade aos Estados, transferindo-se preferencialmente competências da esfera maior para a menor, na medida em que estas possuem maior probabilidade de eficácia por estarem mais próximas dos cidadãos.

No atual processo de crise econômica, política e social vivenciado pelo Brasil, a busca por mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública reconhece, pois, a existência do modelo de federalismo cooperativo vertical e do princípio da subsidiariedade, que permitem a autonomia dos entes federados mediante a descentralização de recursos e possibilitam a concretização do bem comum. Entretanto, defende-se que esse modelo já não se mostra suficiente, necessitando ser potencializado em sua aplicação prática, na medida em que as ações governamentais se encontram engessadas e desconformes com a norma vigente, conduzindo ao entendimento de que a cooperação federativa horizontal pode representar o caminho mais adequado para apoiar o equilíbrio social e preservar os interesses das

camadas economicamente mais vulneráveis da população, especialmente no que se refere à sustentabilidade da saúde pública (Tipke, 2008, p. 261).

Nesse sentido, considerando-se que, na Ciência do Direito, a pesquisa busca propor discussões a partir do sistema jurídico vigente, é comum e natural que as bases científicas sejam estabelecidas a partir da Constituição, dado o seu reiterado reconhecimento como o principal e mais importante instrumento jurídico do Estado Democrático de Direito. Por conseguinte, este livro não foge a essa realidade, ao colocar sob exame o tema das políticas públicas financeiras e tributárias municipais de saúde pública, contextualizadas a partir da Constituição brasileira.

Não obstante a existência de várias definições sobre o tema, para os efeitos deste trabalho, optou-se por adotar um diálogo proposto a partir da própria Constituição, com uma textura aberta, capaz de transmitir a possibilidade de aprendizagem das normas constitucionais, permitindo mudanças na realidade por estarem abertas às concepções cambiantes de verdade e de justiça. Por isso, alinhando-se ao pensamento de Canotilho (1991, p. 171), busca-se extrair respostas da própria Constituição, a qual deve ser interpretada a partir de seu sentido semântico, o qual é definido em função das especificidades de cada caso, dentro de uma dada realidade espaço-temporal. Disso decorre que a norma é fruto da interpretação/concretização e, por consequência, fonte de sua própria normatividade.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que a cooperação federativa horizontal em matéria financeira e tributária está adequada e alinhada à Constituição brasileira. Com isso, podem ser construídas propostas de políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, considerando a realidade e o diagnóstico do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no período de 2018 a 2021.

Ressalta-se que a proposta deste trabalho privilegia e valoriza a governança mediante a centralidade do ente municipal como protagonista do processo de cooperação no exercício da autonomia tributária e financeira, com o objetivo de garantir acesso à saúde a todos aqueles que dela necessitarem. Além disso, a autonomia local dos Municípios encontra-se efetivamente consagrada na Constituição Federal, como se depreende da leitura combinada dos artigos 1º, 18 e 34, VII, "e", estando, inclusive, articulada ao princípio da subsidiariedade, ainda que este seja considerado implícito na ordem constitucional, demonstrando que a autonomia dos

entes federados encontra-se estruturada em diferentes níveis, embora de forma sistematicamente aberta, permitindo sua conjugação com os demais princípios constitucionais (Hermany, 2012, p. 99-100).

É oportuno lembrar, ainda, que o Brasil apresenta diversos tipos de microrregiões, circunstância que pode ser representativa também para os demais países da América Latina, os quais, ao lado do Brasil, revelaram que a ausência de desenvolvimento humano agrava os efeitos decorrentes da propagação de uma pandemia. Por isso, os caminhos da saúde pública, ainda que considerados com certa singeleza, pressupõem que as diferenças existentes entre as regiões, em razão de sua diversidade, também impõem que a organização do sistema de saúde respeite essas características, evidenciadas pelas diferenças locais e regionais, o que certamente possibilitará reduzir os déficits existentes.

Embora, no Brasil, as regiões não sejam consideradas entes federados, recebem tratamento especial no texto constitucional, como se observa, por exemplo, nos artigos 3º e 151 da Constituição Federal, que tratam da concessão de incentivos fiscais como uma das formas de reduzir desigualdades regionais e promover o desenvolvimento proporcional das regiões brasileiras. Percebe-se que o legislador constituinte se preocupou com as questões regionais e, por isso, lhes conferiu especial destaque, evitando que permanecessem esquecidas.

Assim, quando se pensa em regiões, torna-se presente a ideia de que existe algo singular em cada recanto do país, a partir do qual uma comunidade, delimitada em determinado espaço territorial, desenvolve formas próprias de organizar o seu modo de viver. Ao se observarem outras divisões regionalizadas, como, por exemplo, na saúde, deve-se respeitar o fato de que a região constitui uma realidade concreta e representa uma referência para grande parte da população, especialmente quando se busca acesso a serviços estatais, como justiça, saúde, educação, dentre outros (Boff, 2005, p. 84).

Geograficamente, o Estado brasileiro é dividido em cinco regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. A proposta de dividir o Brasil em regiões foi apresentada pelo IBGE em 1969, com a finalidade de atualizar o conhecimento regional do país e viabilizar a produção de dados estatísticos com base em critérios territoriais. A ideia central era compreender melhor a organização nacional e subsidiar o governo federal na gestão e implementação de políticas públicas. Basicamente, consolidou-se uma divisão de caráter predominantemente científico, uma vez que as

alterações ocorridas no campo teórico-metodológico da Geografia afetam o próprio conceito de região.

Para Freitas (2016, p. 97), no Brasil vigora o federalismo assimétrico em razão das diferenças e idiossincrasias locais e regionais. Portanto, em um ambiente como esse, no qual se imbricam as mais variadas condições de vida comunitária e política, a cooperação intergovernamental pode representar o elemento faltante para a construção de redes de desenvolvimento estruturadas a partir das políticas públicas financeiras e tributárias, responsáveis por fazer chegar aos cofres públicos os recursos necessários à sobrevivência dos entes federados, conforme os parâmetros estabelecidos em cada região.

Embora existam, na doutrina, diversos conceitos e modelos de federalismo, verifica-se que algumas espécies, como o federalismo de integração, impõem a sujeição de uma esfera à outra, sendo, na maior parte das vezes, a esfera estadual subordinada à federal (Rodrigues, 2003, p. 30). Por isso, adota-se, neste trabalho, a corrente que defende o federalismo de equilíbrio, entendido como aquele que melhor harmoniza população, riqueza, qualidade de vida, bem-estar, território e poder. Ressalte-se, contudo, que esse modelo não impede o surgimento de disparidades, as quais, quando verificadas, devem ser corrigidas por meio de mecanismos de cooperação (Ramos, 2000, p. 53).

Se a persecução do equilíbrio pode ser obtida por meio da cooperação, então o modelo de federalismo cooperativo sob a perspectiva horizontal revela-se aquele que melhor atende aos propósitos do sistema tributário nacional, desde que adequadamente reestruturado para o contexto contemporâneo, de modo a fomentar incentivos, isenções e demais benefícios fiscais, contribuindo para uma distribuição mais equilibrada das riquezas e para o atendimento das demandas atuais. A experiência recentemente vivenciada pelo Brasil evidenciou que cada região do país possui características sociais, políticas e econômicas próprias, razão pela qual merece tratamento diferenciado e atenção especial.

As diferenças verificadas na prestação das ações e serviços de saúde durante a crise pandêmica também se manifestaram sob a perspectiva regional. Os Estados agrupam os Municípios em regiões de saúde, conforme os Mapas das Unidades da Federação por Regionais de Saúde, orientando a atuação das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as quais

são continuamente atualizadas com base nas informações fornecidas pelo IBGE.

Tamanha é a relevância das regiões que há autores que defendem a ampliação da estrutura federativa mediante sua incorporação como ente federado, sustentando que, por meio de emenda constitucional, seria possível conferir-lhes essa condição. Segundo essa corrente doutrinária, tal medida contribuiria para o fortalecimento da unidade nacional e para a promoção do desenvolvimento do país (Bonavides, 1996, p. 338-339).

Embora não seja possível afirmar que essa proposta, por si só, seria capaz de solucionar as crises do Estado federal, há de se reconhecer que a região representa um novo espaço de poder, apto a reduzir o excessivo centralismo da União, transformando a regionalização em um importante instrumento de enfrentamento da histórica concentração de competências verificada desde a formação do Estado brasileiro. Nessa perspectiva, as regiões passariam a constituir um quarto nível de organização política, ao lado da União, dos Estados e dos Municípios (Bonavides, 2010, p. 263).

Essa proposta guarda estreita relação com o processo de integração entre os Estados por meio dos consórcios públicos e com a consolidação da ideia de solidariedade federativa, incorporando, ao longo do tempo, a necessidade de enfrentamento das profundas desigualdades sociais e econômicas existentes entre os entes federados. Esse cenário passou a exigir um novo arranjo institucional, capaz de revelar as potencialidades de cada nível regional, tornando os consórcios estaduais protagonistas na implementação e na manutenção de diversas políticas públicas. Com base nessas premissas, defende-se que o modelo de federalismo a ser perseguido é o federalismo cooperativo sob a perspectiva horizontal.

Esse modelo distingue-se contemporaneamente dos demais pela intensificação da cooperação entre entes federados de um mesmo nível, especialmente entre Estados e entre Municípios, fenômeno que se tornou particularmente evidente durante a pandemia. As interações então estabelecidas tornaram praticamente indissociáveis as ideias de união, solidariedade, aliança e cooperação. Não por acaso, a própria caracterização da pandemia evidencia essa realidade, uma vez que o termo "pandemia" se refere à distribuição geográfica de uma doença, e não à sua gravidade (Opas, 2020). Essa constatação evidencia que, em âmbito mundial, os Estados precisaram cooperar para conter a disseminação do vírus, superando divergências de natureza econômica, social, política e ideológica.

O mesmo fenômeno pôde ser observado no plano interno, tanto em âmbito nacional quanto estadual. O Sistema de Bandeiras e Protocolos, implantado no Estado do Rio Grande do Sul, possibilitou uma organização regionalizada do território, dividindo-o em trinta regiões de saúde. Tal estrutura mostrou-se necessária para o monitoramento dos indicadores de disseminação do vírus, para a definição dos critérios de ocupação dos leitos hospitalares de UTI e para o estabelecimento das medidas de distanciamento controlado aplicáveis aos diversos setores da economia, como educação, comércio, serviços, indústria, transporte e agricultura, bem como para a avaliação dos impactos econômicos decorrentes dessas medidas (Kannenberg, 2020).

Percebe-se, ainda, que a tradicional repartição constitucional de competências, consolidada ao longo do tempo e voltada à atuação harmônica entre os entes federados, especialmente no que se refere à autonomia municipal, foi, em certa medida, ressignificada pela pandemia, seja em razão das circunstâncias absolutamente excepcionais, que demandaram providências até então inimagináveis, seja pela ausência de conhecimento científico consolidado à época, seja, ainda, pela influência de fatores políticos, pessoais e ideológicos.

Não obstante esse cenário de instabilidade, o artigo 3º da Lei nº 13.979/2020 estabeleceu as medidas passíveis de adoção para o enfrentamento da emergência de saúde pública, entre elas o isolamento, a quarentena e outras restrições a determinadas atividades. Todavia, o § 1º do mesmo dispositivo introduziu importante limite jurídico, ao estabelecer que tais medidas somente poderiam ser adotadas com fundamento em evidências científicas, observados os princípios da proporcionalidade e da necessidade, devendo restringir-se ao tempo e ao espaço estritamente indispensáveis à promoção e à proteção da saúde pública.

Foi justamente nesse contexto que surgiu um dos principais problemas enfrentados durante a pandemia: a ausência de clareza quanto à distribuição de competências entre os entes federados colocou em evidência a discussão acerca da autoridade competente para adotar determinadas medidas, dos instrumentos normativos adequados e da abrangência de seus efeitos. Em um primeiro momento, verificaram-se inúmeras imposições por parte de autoridades municipais, muitas delas potencialmente tensionadas com direitos e garantias fundamentais previstos no artigo 5º da Constituição Federal.

Para conferir segurança jurídica ao sistema, foi necessário que o Supremo Tribunal Federal reconhecesse a competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para a adoção de medidas de enfrentamento da pandemia. No julgamento da ADI nº 6.341, referente às alterações promovidas pela Medida Provisória nº 926/2020, consolidou-se o entendimento de que Governadores e Prefeitos detinham competência para estabelecer medidas sanitárias compatíveis com as peculiaridades e necessidades de cada realidade local.

Embora a pandemia tenha imposto novos desafios ao sistema jurídico e à estrutura federativa brasileira, especialmente no campo da saúde pública, também proporcionou o surgimento de novos parâmetros de atuação estatal, exigindo maior coordenação entre os diversos níveis de governo e reacendendo o debate acerca da relevância da dimensão regional na organização federativa. Além disso, esse contexto revelou uma questão particularmente relevante: apesar de a Constituição de 1988 ter elevado os Municípios à condição de entes federativos autônomos, permanece evidente a persistência de limitações históricas ao pleno exercício da autonomia municipal, em benefício das esferas estadual e federal, em aparente descompasso com a realidade social, econômica e territorial do país (Rodrigues, 2003, p. 121-122).

Pode-se afirmar, portanto, que o cenário constitucional vivenciado durante a pandemia representou verdadeira ruptura paradigmática, favorecendo o desenvolvimento de políticas públicas locais voltadas ao desenvolvimento local, sem afastar a repartição constitucional de competências. No que se refere ao artigo 23 da Constituição Federal, que prevê competências comuns entre os entes federativos em matérias como saúde, assistência social, cultura e educação, constata-se que suas normas possuem relevante conteúdo programático, dependendo, contudo, da edição da lei complementar prevista em seu parágrafo único para disciplinar os mecanismos de cooperação interfederativa. Nada obstante, tal circunstância não afasta, em momento algum, a possibilidade de desenvolvimento de formas de cooperação horizontal entre os entes federados (Boff, 2005, p. 72).

Os caminhos apontam para a construção de modelos mais incisivos de federalismo em matéria de políticas públicas financeiras e tributárias, demonstrando ser possível fixar, a partir do texto constitucional, arranjos institucionais mais favoráveis ao cumprimento dos objetivos previstos no artigo 3º da Constituição Federal, observadas as limitações materiais

estabelecidas no artigo 60, § 4º (cláusulas pétreas), com vistas a repensar o papel e a importância das regiões, sem comprometer a autonomia dos atuais componentes da Federação. Cumpre lembrar que tudo o que envolve a saúde integra um sistema interdependente, que abrange diversos outros direitos fundamentais.

Esses direitos não se restringem às pessoas residentes nos limites territoriais da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), mas alcançam a grande maioria dos brasileiros distribuídos por todo o território nacional. Nesse contexto, o princípio da cooperação emerge como fundamento das relações humanas, e sua consolidação como prática de auxílio recíproco demanda análise, a qual será desenvolvida a partir da observação do sistema municipal de saúde e da possibilidade de surgimento de novas doenças e pandemias em um futuro próximo.

Busca-se estabelecer a cooperação horizontal intergovernamental não apenas como uma proposição teórica alternativa, mas também como fundamento concreto para a construção de um sistema de saúde duradouro. A essência do princípio da cooperação consiste em aproximar as pessoas, e não em fomentar a competição, partindo da premissa de que o ser humano possui natureza eminentemente social e necessita estabelecer relações com os demais. É sobre esse fundamento que o princípio da cooperação se estrutura e projeta seus efeitos. Por outro lado, o Estado também passou a reconhecer essa finalidade em sua atuação institucional, como se observa, por exemplo, na possibilidade de criação de redes de cooperação, ainda que predominantemente verticais, a exemplo das parcerias público-privadas e de outros instrumentos cooperativos previstos no ordenamento jurídico.

Definir a construção de uma sociedade alicerçada na racionalidade da cooperação não constitui tarefa simples, tampouco passível de concretização em curto espaço de tempo. Por outro lado, quando submetida a um recorte setorial que permita sua experimentação prática, essa transformação somente se torna viável mediante uma alteração estrutural da racionalidade que orienta as relações sociais, sempre amparada por uma ética da cooperação. Nessa perspectiva, em vez de conceber o outro como um adversário com quem se deve competir, pessoas e instituições passam a percebê-lo como elemento complementar, cuja presença fortalece a atuação coletiva e potencializa as condições de desenvolvimento de todos.

Não se pode, portanto, substituir simplesmente a predominância do individualismo pela imposição do coletivismo. É necessário harmonizar essas duas dimensões a partir de uma fundamentação dialética, na qual

ambos os elementos constitutivos das relações sociais consigam, conforme leciona Abdalla (2002, p. 123), manifestar uma totalidade integrada, em que o outro compõe um todo com o indivíduo, formado simultaneamente por pessoas e pela coletividade, com significados reciprocamente intercambiáveis, separáveis apenas para fins metodológicos. Assim, a relação entre indivíduo e coletividade não decorre da prevalência de um sobre o outro, mas de uma convivência fundada na complementaridade.

O princípio da cooperação constitui, atualmente, um tema de crescente relevância, especialmente após sua constitucionalização e em razão das reflexões suscitadas pela pandemia da COVID-19. Diversos países, assim como o Brasil, passaram a reconhecê-lo em seus textos constitucionais como princípio de natureza social, vinculado à construção de sociedades mais livres, justas e solidárias, propondo, para sua concretização, transformações sociais baseadas em formas solidárias de participação, nas quais Estado e sociedade atuam conjuntamente na construção de novos valores orientados ao bem-estar coletivo.

Não obstante, a Constituição Federal, desde seu Preâmbulo, estabelece que o Estado Democrático se destina a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais. A liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça são reconhecidos como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

Nesse sentido, trata-se de fundamento normativo de toda a ordem jurídica que, na definição de Canotilho (1992, p. 178), constitui "um princípio constitucional impositivo que, no âmbito da Constituição dirigente, impõe aos órgãos do Estado e ao legislador a execução de fins e tarefas". Evidencia-se, assim, que solidária é a sociedade que não transforma seus integrantes em inimigos entre si, mas direciona suas energias para a fraternidade, a qual pode ser compreendida como manifestação do princípio da cooperação, aproximando as pessoas para a construção de uma sociedade mais justa (Grau, 2002, p. 258).

Desse modo, propõe-se a harmonização dos princípios constitucionais com políticas públicas financeiras e tributárias municipais estruturadas a partir do federalismo cooperativo horizontal ora defendido. Ao sustentar a existência de um princípio constitucional implícito, denominado por Rodrigues (2003, p. 228) de "tendente à harmonização solidária das políticas públicas tributárias municipais", reconhecendo-o como princípio delimitador das ações voltadas ao cumprimento da função social dos Municípios, afirma-se a existência de fundamento constitucional

para sustentar que o federalismo somente pode funcionar adequadamente quando baseado em relações de harmonia e cooperação entre seus entes constitutivos, abrindo-se espaço para a consolidação da cooperação horizontal.

Nesse contexto, em que o planeta se vê cada vez mais impactado por catástrofes ambientais, crises sanitárias e pela crescente ameaça à própria sobrevivência da humanidade, a vida social, política e jurídica demanda urgente aperfeiçoamento. O tempo para respostas efetivas torna-se cada vez mais reduzido, enquanto os recursos naturais e econômicos se mostram progressivamente escassos. Por isso, seguindo a linha de pensamento de Rodrigues (2003, p. 908), para quem a transição do federalismo dual para o federalismo cooperativo representa condição para a própria sobrevivência do Estado, e considerando que a justiça social dificilmente pode ser alcançada sem mecanismos cooperativos, entende-se que esse é o caminho mais adequado a ser perseguido pelo Estado brasileiro para enfrentar os efeitos das crises econômicas, sanitárias e sociais contemporâneas.

Com base nos argumentos apresentados, verifica-se que há distinção entre Estado Constitucional e federalismo cooperativo. Enquanto, no primeiro, admite-se uma tendência à relativização da soberania estatal no contexto do constitucionalismo contemporâneo, o segundo não implica qualquer mitigação da ordem constitucional, mas apenas o aperfeiçoamento das relações internas entre os entes federados, tanto em sua dimensão horizontal quanto vertical. É exatamente nessa perspectiva que se inserem instrumentos como os consórcios públicos e os convênios de cooperação, especialmente aqueles relacionados à prestação de serviços públicos, conforme previsto no artigo 241 da Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 11.107/2005 (Freitas, 2016, p. 120).

Ainda, pode-se afirmar que, no contexto do federalismo, é plenamente viável a construção de soluções para as crises de legitimidade, identidade e eficácia do próprio Estado — como a rediscussão dos espaços públicos, da participação política e democrática e do fortalecimento do poder local —, bem como para o aperfeiçoamento do sistema financeiro e tributário, que deve estar orientado à concretização dos objetivos do Estado Democrático de Direito e à promoção do bem comum. Não se trata de reconhecer uma omissão constitucional, pois seria impossível exigir da Constituição disciplina para todas as transformações sociais, mas sim de admitir a necessidade de complementação normativa diante das

novas demandas surgidas com as crises e com a evolução da sociedade (Freitas, 2016, p. 121).

A possibilidade de cooperação horizontal para o financiamento da saúde pública, tendo como norte sua sustentabilidade presente e futura, será examinada a partir da estrutura do sistema de saúde da região do Alto Uruguai, composta pelos Municípios integrantes da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no período compreendido entre 2018 e 2021. Assim, o capítulo seguinte apresentará os elementos metodológicos da pesquisa, bem como a análise crítica necessária à instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública na referida região.

Capítulo 2

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A proposta deste capítulo consiste em apresentar uma visão panorâmica, sem a pretensão de esgotar a complexidade do tema, acerca do esforço permanente empreendido para a preservação do direito à saúde pública no Brasil sob a perspectiva jurídica. Busca-se evidenciar sua importância e relevância, demonstrando a necessidade de sistematização das políticas públicas tributárias e financeiras, na medida em que estas constituem, historicamente, um dos principais fundamentos para o fortalecimento e a concretização do Estado Democrático de Direito.

Nesse contexto, analisa-se o tratamento constitucional conferido ao direito à saúde no Brasil, examinando-se suas bases constitucionais, os principais marcos normativos e as dimensões das políticas públicas e das políticas de saúde como instrumentos voltados à promoção, proteção e desenvolvimento do sistema público de saúde.

Na sequência, demonstra-se que o processo de consolidação constitucional do direito à saúde somente ganha contornos mais definidos a partir da década de 1930. O estudo evidencia a elevada complexidade jurídica que envolve a saúde pública, revelando que esse direito não pode ser compreendido de forma dissociada das políticas públicas tributárias e financeiras, nem do funcionamento sistêmico do ordenamento jurídico brasileiro, considerando-se as peculiaridades que lhe são inerentes, as relações internas existentes entre seus diversos ramos e, igualmente, a constante interação entre Direito e sociedade.

Inicialmente, apresenta-se a evolução histórica que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua organização constitucional e infraconstitucional. Para tanto, serão examinados seus princípios, diretrizes e estrutura organizacional, de modo a permitir a compreensão de seu funcionamento, de suas dimensões como instrumento de concretização do direito fundamental à saúde e das formas pelas quais esse direito é efetivado no atual ordenamento jurídico brasileiro.

Ao identificar e analisar os dispositivos constitucionais destinados à tutela da saúde, os quais devem ser harmonizados com o conjunto

dos princípios e direitos fundamentais, demonstra-se que esse complexo normativo orienta a construção de políticas públicas voltadas à promoção da justiça social, servindo, ainda, como fundamento para o aperfeiçoamento das relações institucionais e da atuação estatal na concretização dos direitos fundamentais.

Por fim, o capítulo examina o financiamento público da saúde e sua relação com o federalismo brasileiro, partindo da análise das normas constitucionais que disciplinam a repartição de competências e de recursos financeiros. Tal abordagem parte do reconhecimento de que inexiste simetria entre os entes federativos brasileiros, seja sob a perspectiva política, seja sob o aspecto da capacidade econômica e arrecadatória.

Nesse sentido, constata-se que o Brasil convive com realidades profundamente distintas quanto aos níveis de desenvolvimento, bem-estar e qualidade de vida, circunstância que evidencia o caráter assimétrico do federalismo brasileiro e seus reflexos no acesso da população aos direitos fundamentais, especialmente ao direito à saúde. É justamente nesse cenário que a cooperação assume papel central, conduzindo o debate para a construção dos fundamentos da cooperação horizontal em matéria tributária e financeira como instrumento de fortalecimento da gestão municipal da saúde pública e de redução das desigualdades regionais.

2.1 Dimensões conceituais das políticas públicas e das políticas de saúde

Como primeira aproximação ao conceito de política pública, a doutrina brasileira apresenta diferentes definições, cada qual enfatizando aspectos específicos da atuação estatal. Para Bucci (2013, p. 109), políticas públicas compreendem "todas aquelas ações do Estado voltadas à consecução de suas finalidades institucionais". Em sentido semelhante, Eros Roberto Grau (2003, p. 22) afirma que a expressão política pública designa "todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social".

Outro conceito relevante, embora mais sintético, é apresentado por Parada (2006, p. 67), para quem "políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos". Sob essa perspectiva, em Estados democráticos, as políticas públicas correspondem, em essência, ao conjunto de programas e ações governamentais destinados à mobilização de recursos para a oferta dos bens e serviços considerados

necessários ou desejáveis pela coletividade. Em determinadas situações, essas políticas decorrem de imposições constitucionais; em outras, representam escolhas políticas legitimamente realizadas pelos governantes no exercício de suas competências.

Segundo o Ministério da Saúde, políticas públicas consistem em decisões de caráter geral que estabelecem diretrizes e linhas estratégicas para a atuação governamental. Sua finalidade é conferir continuidade à ação administrativa, reduzir os efeitos da descontinuidade entre governos e otimizar a utilização dos recursos públicos, tornando explícitas e acessíveis à sociedade e aos formadores de opinião as intenções estatais relativas ao planejamento de programas, projetos e atividades (Brasil, 2006, p. 9).

Observa-se que essa definição adota propositalmente um conceito abrangente, buscando integrar transversalmente os diversos níveis da Administração Pública e incentivar a participação da sociedade na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Trata-se de compreensão compatível com a moderna concepção de governança pública, segundo a qual Estado e sociedade compartilham responsabilidades na definição das prioridades coletivas e na execução das ações voltadas ao interesse público.

A partir dessas definições, percebe-se a amplitude do conceito de políticas públicas, cuja evolução está diretamente relacionada ao desenvolvimento das discussões acerca do papel do Estado e do governo como responsáveis pela formulação, coordenação e implementação das ações estatais. Enquanto campo específico da Ciência Política, as políticas públicas adquiriram identidade própria inicialmente nos Estados Unidos, especialmente no período posterior à Segunda Guerra Mundial, consolidando-se como disciplina autônoma a partir da década de 1950.

Essas discussões ultrapassaram rapidamente as fronteiras norte-americanas, alcançando a Europa durante a década de 1970. No Brasil, por sua vez, os estudos sobre políticas públicas ganharam maior densidade a partir da década de 1980, em sintonia com o processo de redemocratização e de fortalecimento do Estado Democrático de Direito. Nesse contexto, buscava-se construir instrumentos capazes de enfrentar os problemas sociais mediante políticas públicas estruturadas e constitucionalmente orientadas.

Entretanto, o desenvolvimento da temática nem sempre foi acompanhado do necessário rigor conceitual. Com frequência, política pública passou a ser utilizada como simples sinônimo de ação governamental, desconsiderando-se seus elementos estruturantes, seus

objetivos institucionais e seus mecanismos de implementação, circunstância que contribuiu para sucessivas imprecisões conceituais (Schmidt, 2018, p. 120).

A concepção clássica de política pública, desenvolvida na década de 1950 e vinculada ao modelo de Estado intervencionista, continua a oferecer importantes elementos teóricos para a compreensão da atuação estatal contemporânea. No caso brasileiro, entretanto, esse debate assume contornos ainda mais relevantes, pois a ideia de política pública permanece, muitas vezes, associada a benefícios concedidos por agentes políticos, em detrimento de sua verdadeira natureza jurídica como instrumento permanente de concretização dos direitos fundamentais e de atendimento das demandas sociais.

Sob essa perspectiva, o direito à saúde constitui exemplo paradigmático dessa compreensão, uma vez que sua efetivação depende da implementação contínua de políticas públicas estruturadas, desenvolvidas principalmente por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade consiste na promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Schmidt, 2018, p. 121).

A ideia central de política pública desenvolvida na década de 1950 sob o enfoque de um Estado ativo, interventor na economia e na vida social dos países capitalistas, ainda precisa ser resgatada. Falando de Brasil, o peso é ainda maior, pois a noção de política pública ainda é muito confundida com benesses ofertadas por políticos, do que propriamente uma modalidade de atendimento de demandas sociais e de cuidado com o bem estar das pessoas, especialmente do cuidado com a vida, positivado na Constituição como direito à saúde, exteriorizada nas políticas de saúde, desenvolvidas por meio do SUS (Schmidt, 2018, p. 121).

Destaca-se que o Brasil, em razão de sua expressiva diversidade cultural, étnica, ambiental e regional, também experimentou significativo desenvolvimento científico e tecnológico, o que possibilitou a formação de um amplo patrimônio de conhecimentos em distintas áreas do saber. Nesse contexto, o país reúne condições para desenvolver um modelo próprio de formulação e implementação de políticas públicas de saúde, comprometido com a utilização sustentável dos recursos econômicos e sociais, sem afastar-se dos princípios éticos, constitucionais e dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro, contribuindo, assim, para a promoção da inclusão social.

Conforme define Schmidt (2018, p. 127), se "política pública é um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade, intencionalmente coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político", entende-se que essa definição, além de abarcar aspectos que perpassam pela antecipação de problemas futuros, cooperação, alianças público privadas e legitimação social, também, precisa conter o conjunto de políticas públicas tributárias e financeiras pois, sem essas não será possível resolver a maioria dos problemas políticos que surgem. Assim sendo, propõe-se aqui uma definição bastante ousada: política pública é um conjunto de providências administrativas, jurídicas e fiscais, adotadas pelo Executivo, Legislativo e Judiciário, em conjunto com organizações da sociedade civil, associadas entre si, que, sob a coordenação estatal, destinam-se a enfrentar as determinações constitucionais que geram demandas políticas no presente e se planejar para as futuras.

Dessa maneira, especialmente para a presente obra, o fio condutor para a consecução de qualquer política pública, compreendida ou não como ação governamental, consiste em estados de regimes capitalistas como o Brasil, na sua contrapartida financeira. Implica na existência de um sistema fiscal capaz de transferir recursos financeiros das pessoas que pertencem à sociedade para os cofres do Estado. A partir disso, pode-se afirmar que a análise de políticas públicas precisa necessariamente passar pelo crivo do Direito Tributário e Financeiro, como uma variável capaz de explicar outras políticas públicas, como as inseridas no direito à saúde.

Nesse sentido, as políticas públicas tributárias e financeiras se mostram como a âncora de todo o trabalho aqui proposto, sendo o ponto de partida para fundamentar todo o trabalho científico desenvolvido. Sendo assim, afim de fixar os limites e as possibilidades das políticas públicas tributárias e financeiras direcionadas às sustentabilidades coletiva e individual, com vistas ao desenvolvimento e à inclusão social, parte-se do pressuposto de que, para Rodrigues:

> políticas públicas de desenvolvimento e inclusão social podem aparecer como uma necessidade na busca da eliminação da pobreza e na redução das desigualdades sociais e regionais, podendo operacionalizar-se de várias formas e, dentre estas, […] as políticas tributárias (2007, p. 1.902).

Para tanto, a política fiscal de um país não pode ser apenas compreendida como simples fornecedora dos recursos que o Estado precisa para desenvolver suas atividades. Ela precisa ser compreendida como

possuidora de objetivos próprios de transformação da vida em sociedade e de ser um importante indutor de transformação social e dos resultados econômicos que mudam vidas. Nessa perspectiva, as políticas tributárias e financeiras são estudadas como um campo independente de política pública, não somente como um elemento para o financiamento de outras ações estatais.

Quando as políticas tributária e financeira passam a ser vistas como ações estatais, para além daquela antiga visão de caixa público do tesouro nacional ou de simplesmente patrimônio dos governantes, rompe-se com o paradigma de que a riqueza do Estado é algo particular dos administradores públicos ou do soberano, como era no século passado. A função social do Estado compreende tanto a ação como o dever de agir que esse tem para com a sociedade (Pasold, 2013, p. 52). Assim, ao unir-se a outras determinantes políticas, passa a refletir a função social do Estado e do seu dever com a sociedade, atendendo aos objetivos que o fundamentam para a concretização da justiça social.

Nesse sentido, compreende-se que a efetivação dos objetivos fundamentais da República se trata de tarefa inalienável dos três poderes. Tanto o Executivo como o Legislativo e o Judiciário possuem a árdua tarefa de, por meio das prerrogativas e competências próprias, concretizar a igualdade fática no âmbito do Estado brasileiro. Assim, ao Executivo compete desenvolver as providências administrativas necessárias à redução das desigualdades sociais, ao Legislativo, a óbvia, mas nem sempre visível, atribuição de legislar no sentido traçado pela Constituição, e, ao Judiciário, a importante tarefa de "fazer valer os princípios que alicerçam o Estado Democrático de Direito" (Buffon, 2003, p. 59).

Com isso, para caracterização das políticas tributárias e financeiras como políticas públicas, deve-se considerar que o seu resultado direto se caracteriza como um bem público, com valor próprio, ou por outro ângulo, que deve refletir a função fiscal dos tributos, tal como desenhado na ciência do direito por alguns autores que chamam isso de "função extrafiscal da tributação", que busca influenciar o comportamento social das pessoas. Segundo Ataliba (2009), a extrafiscalidade consiste "no uso de instrumentos tributários para obtenção de finalidades não arrecadatórias, mas estimulantes, indutoras ou coibidoras de comportamentos, tendo em vista outros fins, a realização de outros valores constitucionalmente consagrados".

Com a evolução do Estado e com o amadurecimento das novas concepções sobre sua atuação, crescem também posições que defendem a solidariedade social, ideia relativamente nova na ordem jurídica, surgida no fim do século XIX, com a histórica ideia de cidadania, que legitima, hoje, o poder de tributar não mais como mera imposição, mas como meio de realização das políticas públicas. Em função disso, o poder de tributar tem se orientado segundo o seu postulado maior, que é a dignidade humana, e isso vem transformando a atividade tributária dos estados em verdadeiro instrumento de redistribuição de renda e acomodação dos conflitos sociais (Motta, 2007, p. 9).

Aos poucos se tem intensificado as defesas em favor da função extrafiscal dos tributos e da solidariedade tributária como importantes indutores de justiça social. Nota-se que a arrecadação é um dos principais objetivos do tributo, mas não é o único, sendo a extrafiscalidade uma de suas funções, cujo objetivo é interferir no domínio econômico e social, considerando que o fundamento máximo está na concretização efetiva das políticas públicas de inclusão e desenvolvimento social, estabelecendo certo equilíbrio para os que se encontram em níveis desiguais, contributo indispensável para uma vida comum e próspera (Motta, 2007, p. 1).

A função extrafiscal pode aparecer em diversas frentes, impondo características mais onerosas em determinados setores, ou concedendo imunidades e isenções em outros segmentos, "discriminando coisas, fatos ou atividades que o Estado deseja preservar ou encorajar" (Baleeiro, 2010, p. 228). Nas palavras de Resende (2008, p. 1), pode o Estado utilizar esse importante instrumento com o objetivo de "estimular ou inibir a adoção de determinadas condutas, ainda que em segundo plano se promova alguma arrecadação financeira".

A busca incansável pela justiça social e pela redução das desigualdades sociais, enquanto objetivos da República Federativa do Brasil, podem e devem ser concretizadas pela imposição de tributos que tenham por escopo a intervenção do Estado na economia, nas riquezas ou em outros bens, para, assim, poder estimular o equilíbrio social e não somente com o fim de arrecadar receitas (Baleeiro, 2010, p. 217). Essa visão enfatiza o aspecto das políticas tributárias e financeiras servirem como políticas públicas nos diferentes arranjos e setores do Estado de forma a manter a estabilidade social ou equilibrar destinos e modificar a realidade sem se afastar dos objetivos estabelecidos no texto constitucional.

Defende-se essa ideia, pois é possível extrair das políticas tributárias e financeiras os mesmos elementos destacados para outras políticas públicas, como compostas por um conjunto de medidas ou ações concretas adotadas, contendo formas de alocação dos recursos, inseridas dentro de um planejamento geral de ações com definições, metas, objetivos e público alvo claros e sob a coordenação estatal para a realização de direitos estabelecidos na legislação do país. Servem para resolver problemas públicos concretos onde sua abrangência também depende de análise de estabilidade, adaptabilidade, coerência e ponderação do interesse público envolvido (Dias; Matos, 2012, p. 16).

Em razão disso, a política tributária é, sem dúvidas, uma ação estatal, pois os seus resultados diretos podem ser caracterizados como bens públicos com resultados diretos sobre a vida em comunidade. Ainda que, contudo, ao se estudar o capítulo da Constituição Federal que estrutura o sistema tributário nacional (art. 145 e seguintes), não seja possível encontrar diretrizes claras da política tributária com o objetivo de redução das desigualdades sociais. Consta unicamente determinações para observância da capacidade contributiva e vedações quanto à utilização do tributo com caráter confiscatório.

Por isso, a viabilidade de utilizar a política tributária como mecanismo de redução das desigualdades sociais deve ser sustentada, como se defende neste trabalho, a partir da leitura sistemática da Constituição, mediante um juízo de ponderação, especialmente entre os princípios especiais e os de ordem geral (Canotilho, 1991, p. 171). Exige-se, portanto, a percepção das diferenças sociais e regionais e das formas de reduzi-las, assim como, nos exatos termos do citado inciso III, do art. 3º, a erradicação da pobreza e da marginalização, norteadas pela interpretação do teor constitucional e, por óbvio, dos demais regramentos infraconstitucionais que também compõe o sistema econômico vigente, tendentes a favorecer o bem comum e a justiça social.

Nesse contexto, a promoção do bem comum está diretamente conectada por força constitucional. Tal relação reforça o conteúdo da expressão interesse local, consubstanciado no direito de acesso a saúde pública, onde a atuação do poder local deve se fundar na busca do bem-estar coletivo, disponibilizando políticas públicas que comportem a inclusão de todos. Então, objetivando sempre o bem-estar de seus habitantes, torna-se perceptível que o Município possui função social, "condição instrumental do Estado com o compromisso com o Bem Comum ou Interesse Coletivo,

e, principalmente, com a dignidade do Ser Humano", que deve ser efetivada por meio das políticas públicas (Pasold, 2013, p. 52).

Pasold defende que a condição instrumental do Estado nasce da sociedade e existe para atender demandas que, permanente ou conjuntamente, essa mesma sociedade deseja sejam atendidas pelo Estado. Defende ainda que a função social que propõe e que é de competência do Estado, tem por destinação evidente a realização da justiça e, sobretudo, a justiça social, enquadrando-a como uma "categoria jurídico-político-sociológica da qual ainda não há um compartilhamento semiológico universal comum" (Pasold, 2013, p. 53).

Quando a Constituição Federal elenca, em seu art. 6º, que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados, ela aponta para um mundo de direitos objetivos, pois tais não podem depender do querer agir político e/ou administrativo do Estado, mostrando-se como imposições. Já, quanto aos direitos individuais, como o direito à propriedade e às liberdades em geral, embora presente a objetividade, mais força se dá à subjetividade, pois o exercício de um direito, quando possibilitadas as condições para tal, deve ser visto como opção meramente individual, ou seja, de índole absolutamente subjetiva.

Assim, o direito à saúde se apresenta como o primeiro direito do qual os demais necessitam para a sua efetivação, onde esses só podem ser exercidos pela preexistência daquele, como, para exemplificar, a alimentação e o lazer, ao mesmo tempo em que ela, a saúde, pode ser indispensável para o exercício de alguns direitos individuais, como o de entrar e sair do país, o de livremente expressar os pensamentos ou, ainda, comparecer a locais de culto (Rodrigues, 2019, p. 11).

Quanto ao compromisso do Estado com o bem de todos ou com o bem comum, não existe qualquer razão para a criação do Estado que não seja a de ser instrumento para sua efetivação. O bem comum não é simplesmente a soma dos bens individuais ou dos desejos isolados, mas compreende a ideia de que seja o resultado dos elementos de que se vale o Estado para realizar o bem-estar da coletividade, consolidando assim a ideia de "ustiça social, onde "o todo deve contribuir para cada um, não como uma dádiva generosa e paternalista, mas como um dever decorrente de sua condição inalienável de parte do todo, provedor e beneficiário potencial e efetivo" para o equilíbrio social (Pasold, 2013, p. 54).

Postos tais valores constitucionais, deve-se lembrar que a justiça social, centrada no direito ao acesso a saúde, prescinde da sua necessária definição jurídica, onde o direito à saúde compreende a proteção da pessoa contra quaisquer ameaças ou agressões que derivam das condições próprias dos locais de trabalho, da cidade ou de qualquer outro ambiente do mundo da vida (Leal, 2006, p. 26). Ao se pressupor que um Estado fiscal necessita obrigatoriamente de justiça fiscal e, essa, por sua vez, deve ter o seu norte naquele, o que implica a obrigatoriedade do tratamento desigual dos desiguais, na erradicação da pobreza e da marginalização, além da redução de desigualdades sociais e regionais para que o Estado subsista aos enormes aportes de recursos financeiros para garantir acesso à saúde, os administradores necessitam de indicadores e balizadores normativos parametrizadores das ações públicas, garantindo possibilidades executáveis diante das demandas contemporâneas, especialmente quanto às políticas públicas de saúde (Leal, 2006, p. 31).

Deve-se, portanto, como aponta Nabais (2012, p. 436), deixar-se claro que o princípio da igualdade fiscal é "uma expressão específica do princípio geral da igualdade", vinculando o legislador ao seu conteúdo. Assim, cabe a ele perceber as diferenças e fazer discriminações ou a adoptar tratamentos desiguais a fim de criar um mínimo de igualdade como ponto de partida ou igualdade de oportunidades ou de *chances*, dependendo do grau de satisfação das necessidades primárias das pessoas, como alimentação, vestuário, habitação, saúde, segurança social, educação, etc. Deve existir um mínimo de igualdade como ponto de chegada ou igualdade de resultados, dependendo principalmente da satisfação dessas necessidades primárias e, complementarmente, do rendimento produtivo, dada a sua utilidade para o crescimento econômico, e dos atributos pessoais, que levam a uma ou mais eficaz distribuição dos empregos – igualdade pela lei.

Assim, quanto às políticas públicas de saúde, ainda há um vasto campo a ser preenchido, tanto do ponto conceitual como da sua operacionalidade prática. Do ponto de vista conceitual, pode-se dizer que não há um conceito específico, as diversas nomenclaturas utilizadas se misturam aos diferentes conceitos existentes sobre políticas públicas, saúde pública, assistência médica, direito à saúde, entre outros.

A forma com que essas dimensões relativas à prestação da assistência à saúde foram se definindo demonstra a profusão de ideias e conceitos criados sem um alinhamento entre os diferentes campos das ciências, e continua sendo um debate necessário para se identificar as atribuições

específicas de cada esfera de governo, bem como as competências e responsabilidades na prestação de serviços de saúde pública à população, especialmente em âmbito local. Apoiando-se no conceito de saúde pública comumente utilizado, como sendo a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população, se pode dizer que as políticas públicas de saúde devem se ocupar com a busca de soluções para os diferentes problemas que agravam o estado de saúde e a qualidade de vida da população.

Em outras palavras, os órgãos públicos necessitam reunir os diferentes campos do conhecimento científico para desenvolver as melhores práticas de saúde pública, pois a saúde está em uma área muito sensível dentro da organização do Estado. Por isso, defende-se a transdisciplinaridade de ideias, uma vez que a saúde não atua de forma isolada, mas é dependente de diferentes áreas do conhecimento, para alcançar sua promoção, proteção e recuperação, bem como a sustentabilidade do sistema por meio de políticas públicas adequadas e integrativas (Philippi; Malheiros, 2005, p. 59-61).

Diante disso, é possível defender que o tema das políticas públicas de saúde possui interface com conteúdos distintos, não somente com aqueles diretamente relacionados aos objetivos do SUS, mas, também, com temas transversais. É nesse contexto que se insere o direito tributário e financeiro, o meio ambiente, o direito do consumidor, dos quais os objetos centrais não são propriamente ligados à saúde das pessoas, mas o seu resultado terminará por proteger e tutelar a dignidade humana, a qualidade de vida e a concretização dos demais princípios constitucionais afins.

Dito isso, as políticas públicas de saúde devem se prestar a garantir integralmente o direito à vida. O viver exige saúde. E viver não é apenas existir, é viver com qualidade, é ter uma vida digna. Não existe dignidade sem acesso à saúde ou se o acesso é negado. E garantir o acesso à saúde não é um ato, é um processo. Processos exigem planejamento, metas e priorização. Processos exigem vislumbrar os futuros possíveis e se preparar para as variáveis não desejáveis. Trata-se de uma simples questão de respeito para com cada ser humano, mesmo para com aqueles que ainda sequer foram concebidos. Afinal, para isso que serve o Estado.

Por fim, a Constituição determina a forma como a prestação positiva da saúde dever ser ofertada, no entanto, urge a necessidade por mudanças na forma como o Estado atende aos anseios dos brasileiros que dependem do sistema público de saúde. Da mesma forma, deve-se pensar qual o tipo de sistema de saúde que se deseja para os dias atuais e para

o futuro, e o quanto cada um está disposto a colaborar para que essas escolhas sejam implementadas.

2.2 Novos direitos e a harmonização com as bases principiológicas de um Sistema de Saúde Pública direcionado para a justiça social

A extrema complexidade do Direito tem mostrado que o seu estudo, ainda que voltado para um campo específico (especializado), deve sempre tomar por referência o contexto no qual o Direito está sendo produzido ou se manifestando. É importante dizer que não se pode realizar um estudo sobre políticas públicas tributárias e financeiras para a saúde pública sem considerar o sistema jurídico em sua totalidade, as lógicas que lhe são intrínsecas e as relações internas existentes entre as suas diversas partes e o todo, bem como as relações complexas que se estabelecem entre o Direito e a sociedade.

Nesse contexto, pode-se dizer que o tratamento constitucional dispensado ao direito à saúde no Brasil inicia seu processo de consolidação somente a partir de 1930. No entanto, tanto a Carta de 1824 quanto a primeira constituição da República, de 1891, nada trazem sobre o tema saúde. Não fazem referência a políticas sociais, em nenhum sentido, com exceção de alguns dispositivos que tratam da educação. Da mesma forma, não havia previsão de destinação da arrecadação de impostos para custear despesas de cunho social. Faziam referência apenas às competências para a fixação das despesas municipais e provinciais e aos impostos necessários para o seu custeio.

Na Carta de 1824, a palavra "saúde" é encontrada uma única vez no artigo 179, que trata da inviolabilidade dos Direitos Civis e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, onde, no inciso XXIV, refere que "Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes público, á segurança, e saúde dos Cidadãos". É o mais próximo que conseguiram chegar de um esboço de políticas sociais (Nogueira, 2012, p. 86).

Já a constituição de 1891 enfrentava um momento de transição entre o regime monárquico e o republicano, uma vez que a única preocupação do governo era ajustar a Carta Magna que regia o país naquele momento, passando a criar uma Constituição que se ajustasse aos novos anseios políticos. Tanto é verdade que o eixo central foi a federalização dos

Estados e a descentralização do poder. Criam-se os três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, e é extinto o Poder Moderador. Outra inovação é a separação do Estado e da Igreja Católica, quando o Estado passa a ser o responsável pelos registros públicos, emissão de certidões e certificados. Nenhuma preocupação com direitos sociais até aquele momento, embora atualmente se considere a atividade registral e notarial imprescindível para garantir direitos fundamentais.

A ausência de preocupação com a matéria de saúde, tanto por parte do Estado como dos governadores da época, reflete-se nos textos constitucionais de 1824 e 1891. Essa ausência de preocupação anuncia características do que foi o início do constitucionalismo brasileiro e causa reflexos até hoje. Ou seja, no campo da saúde, o modelo foi importado de Portugal, onde a atenção à saúde consistia tradicionalmente na atenção prestada pelas Santas Casas de Misericórdia, instituições de caridade mantidas com patrimônio proveniente de doações ou legados particulares, onde as pessoas que não possuíam meios de garantir saúde para si ou seus familiares se socorriam. Essa visão assistencialista aos mais pobres ainda é uma realidade; muitos ainda têm dificuldade de perceber o direito de acesso à saúde positivado na Constituição como um direito de todos e dever do Estado (Borja, 1989, p. 113-114).

Nesse conjunto de novos direitos sociais que começa a surgir, o direito à saúde tinha menor importância. Comparado com outros direitos, como o direito ao trabalho, à educação, às artes, à cultura, que eram percebidos como amparo e estímulo do Estado, a saúde era concebida como um benefício. Na constituição de 1934, o direito à saúde era limitado ao acesso aos cuidados médicos na forma de um direito trabalhista, cujo foco era securitário, uma vez que essa garantia de acesso somente era dispensada aos que possuíssem uma relação formal de emprego.

Os demais cidadãos, que não integravam uma relação de trabalho, não estavam constitucionalmente autorizados a exigir esse direito do Estado, e, da mesma forma, o Estado não era obrigado a garantir a prestação de saúde individual, pela atuação frente a problemas de saúde pública (Pinheiro; Romero, 2012, p. 59-86).

Para Borja (1989), a Constituição de 1934 trouxe a proteção e o direito à saúde como direitos do trabalhador, exigíveis do empregador e do sistema de previdência social organizado pelas categorias distintas de trabalhadores. Por outro lado, Fonseca (2007), ao fazer uma releitura mais atual, percebe a inclusão desses novos direitos, entendidos na época como

benefícios concedidos pelo Estado e não como direitos adquiridos, como o início de um processo constitucional que vai avançar para o formato de inclusão social. De qualquer forma, o entendimento do direito à saúde como um bem coletivo não era percebido como um direito, mas sim como uma benesse do Estado, que decidia se e como provê-lo. Não possuía o significado de conquista, mas sim de dádiva do poder e de seu chefe (Bonavides; Andrade, 1991, p. 410).

De 1920 até os anos 1930, o que se fazia no Brasil basicamente eram ações que promoviam expedições científicas e campanhas sanitárias para prevenção e controle de endemias. A história inicial da Saúde Pública no Brasil foi pautada no combate aos surtos epidêmicos, tanto em áreas urbanas como em áreas rurais, tendo como exemplos a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a esquistossomose (Lima, 2002, p. 40).

Foi a partir de 1934, quando o então Presidente Getúlio Vargas decreta estado de sítio, o cancelamento das eleições presidenciais, o fechamento do congresso e uma nova Constituição, passando a governar de forma ditatorial, que a União inicia a construção de um sistema centralizado na área da saúde. Com a nova Constituição, o presidente cria o Ministério do Trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), definindo e consolidando a estrutura administrativa e institucional da saúde pública, que permanece praticamente a mesma até a criação do Ministério da Saúde em 1953, um grande marco para a saúde pública enquanto política estatal e como modelo de verticalização das ações de saúde (Hochman, 2005, p. 131-132).

Por sua vez, a Constituição de 1937 outorga à União competência privativa para legislar sobre "defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança", conforme previsto no art. 16, inciso XXVII. Aos Estados permitia-se legislar tão somente sobre assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estação de clima e fontes medicinais, para o caso de não haver lei federal sobre a matéria, conforme previa o art. 18, "c". Aos municípios era assegurada autonomia "em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse e, especialmente, à organização dos serviços públicos de caráter local", conforme determinava o art. 26, "c", ou seja, não poderia ter sido mais genérico.

Porém, o que interessa para o tema aqui proposto é perceber que, apesar de já existir certa descentralização de poder prevista constitucionalmente, os temas mais importantes, especialmente os atinentes a direitos sociais, estavam centralizados e eram controlados pela União, cabendo aos Estados

e Municípios apenas suprir as necessidades ou as deficiências que surgissem relativas às peculiaridades locais, desde que não diminuíssem as exigências da lei federal. Surgem também nesse período as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que tinham como objetivo discutir e conhecer as ações desenvolvidas na saúde e na educação, subsidiando a União na execução dos planos nacionais a serem estabelecidos. Em resumo, tinham o propósito de facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, orientando a execução dos serviços estaduais e locais e a concessão de auxílios e subvenções federais (Hochman, 2005, p. 133).

O processo de consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil, a partir dos anos 1930, ainda que sem grande expressão nos textos constitucionais da Era Vargas, deixou reflexos profundos e duradouros nas políticas e na organização do setor. O mesmo reflexo se percebe no âmbito da legislação trabalhista e previdenciária, bem como nas demais ações de defesa e proteção da saúde. Ocorreu nesse período um formato diferenciado e inovador de prestação de serviços de saúde, primeiro pela sua centralização político-administrativa e, segundo, pela sua abrangência sob a ótica universalista, até então inexistente (Fonseca, 2007, p. 41-42).

Essa centralização, importante à época, hoje em dia é questionada, devido à ampliação das responsabilidades de Estados e Municípios com o passar dos anos, especialmente a partir da Constituição de 1988, em função de indefinições criadas quanto às instâncias responsáveis por assegurar o direito à saúde, conforme será visto mais adiante. Por outro lado, tanto a Constituição de 1934 quanto a de 1937 consagraram o papel do Estado como principal responsável por prestar ações e serviços públicos de saúde em caráter universal.

De forma cronológica, o que se tinha na Constituição de 1824 era apenas a previsão de uma espécie de seguro para os casos de infortúnio a determinados grupos de trabalhadores. A expressão aposentadoria surge apenas na Constituição de 1891, como um direito restrito aos funcionários públicos. Foi somente com a Carta Política de 1946 que o Brasil sistematizou melhor a previdência social, ainda que restrita a alguns segmentos. Importa destacar o artigo 157, inciso XVI, da Constituição, que passou a prever que a previdência para a maternidade, para as consequências de doenças, invalidez ou morte, seria custeada mediante contribuições da União, do empregador e do empregado.

Outro marco importante para o avanço dos direitos sociais no mundo todo, não só no Brasil, foi a elaboração do texto da Constituição

da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 22 de julho de 1946, cuja atuação e funcionamento tiveram início em 07 de abril de 1948. Trata-se de uma instituição com relevância tanto para a proteção da saúde como para os avanços nas regulamentações do Direito Sanitário no mundo todo, especialmente em razão dos princípios nela previstos, tidos como princípios básicos para a felicidade, a relação harmoniosa e a segurança de todos os povos. Dentre eles, destaca-se que a "saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades" (Brasil, 1948).

Embora tais princípios já tenham sido amplamente debatidos, cumpre destacar que eles necessitam ser lidos ao lado de outros princípios, como o que prevê que o gozo do maior padrão de saúde desejado é um direito fundamental de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião, opção política e condição econômica e social. Nesse sentido, tal definição corrobora os demais princípios previstos, de que a saúde de todos os povos é consectária da manutenção da paz universal, e de que essa depende da cooperação entre os povos para que cada país tenha sucesso na promoção e na proteção da saúde de seus povos. Ainda, pode-se defender que a saúde dos povos poderá ser garantida se os países adotarem medidas sociais, econômicas, fiscais e políticas adequadas e alinhadas com as necessidades internas e com as que ultrapassam suas fronteiras.

A partir disso, percebe-se que houve um maior alinhamento das normas, regulamentos e de todo o arcabouço legal que circunda a área da saúde, muito em razão das obrigações que os países assumiram junto à OMS. Assim, no Brasil, o rol de benefícios foi sendo aos poucos ampliado, na sequência desses eventos, especialmente com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Percebem-se, no entanto, alguns retrocessos, como a permanência no texto da LOPS da exigência de vínculo empregatício para o atendimento no sistema público de saúde.

Nesse compasso, a Constituição de 1967 traz uma dicotomia interessante: saúde e ditadura. Mantém a exigência da precedência da fonte de custeio. A saúde continua sendo mendigada pelos mais pobres, recebendo amparo do Estado apenas aqueles que possuíam vínculo empregatício. Essa nova constituição facilita e consolida o modelo capitalista, que reflete o modelo de outros estados periféricos, como o Brasil, que passam a se utilizar de formas de governo burocráticas e autoritárias, vendendo a ideia de que isso facilitaria a reorganização social, racionalizaria a máquina pública e permitiria a abertura econômica ao capital financeiro trazido por

multinacionais. Esse novo modelo passa a concentrar o poder de decisão no Poder Executivo e reprime violentamente todas as demais formas de participação, especialmente dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que articula e coloca em prática uma série de medidas para a retração dos salários.

O período de 1970 a 1980 foi marcado pela concentração política, legislativa e de financiamento dos serviços públicos de saúde na União. Esse modelo, que passou a ser questionado, teve um lado positivo, pois permitiu a expansão em grande escala da assistência médica e da previdência social, especialmente durante a década de 1970, e culminou na criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, que tinha como objetivo compatibilizar e organizar as ações de saúde, cuja atribuição estava dispersa por diferentes órgãos federais (Ministério da Saúde, da Previdência, da Educação, do Trabalho e dos militares). Dessa (re)organização toda resulta a criação e (re) estruturação dos órgãos incumbidos do controle de endemias, da educação sanitária, epidemiológica e estatística da saúde e da organização das políticas sanitárias. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a organização das ações de vigilância epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações também são oriundos desse período (Romero, 2008, p. 74).

Por outro lado, o agravamento da pobreza e das condições de vida e de saúde da população nesse período pós-guerra favoreceu o crescimento de grupos de oposição ao governo, especialmente durante a década de 1980. Os grupos faziam críticas à forma irracional de fazer política e à organização do setor da saúde, e buscaram alternativas de integração das instituições no nível federal, enquanto no âmbito municipal buscaram demonstrar a viabilidade da implantação de um modelo eficiente de sistema unificado de saúde sob o comando da gestão municipal.

Até esse período, os serviços de saúde no Brasil se destinavam basicamente às necessidades de determinados grupos sociais com maior poder aquisitivo e voltados para a recuperação de certas morbidades, não para a prevenção e a solução de problemas que atingiam as camadas com menores condições sociais. A população, nesse contexto, ficava à mercê dos grupos privados que prestavam assistência à saúde. A maioria que não tinha condições de pagar ficava refém do sistema e, portanto, vulnerável às doenças infecciosas, responsáveis pelo maior índice de mortalidade da população brasileira da época.

Aos poucos, um mito foi sendo quebrado: o de que todos os que possuíam vínculo com a previdência eram atendidos. Na verdade,

o atendimento se destinava apenas a alguns segmentos (funcionários públicos, ferroviários etc.) e boa parte da classe média precisava pagar pelos serviços (cirurgias, partos etc.), ainda que sua renda fosse muito baixa, em torno de um ou dois salários mínimos.

Foi somente em 1977 que a Lei nº 6.439 instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) como uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O SINPAS tinha a finalidade de reunir as funções de concessão e manutenção dos benefícios e prestações de serviços, custeio de atividades e de programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial das demais entidades que passaram a integrar sua estrutura, como o INPS, o INAMPS, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), que prestava assistência social aos carentes, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), que respondia pela arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e de outros recursos pertinentes à Previdência e Assistência Social, e a Central de Medicamentos (CEME) (Brasil, 2013).

Para agravar mais a situação, com o êxodo rural as periferias foram cada vez mais se inchando, virando um caldeirão em que começou a surgir todo tipo de problema, sendo a saúde, com toda a certeza, um dos fatores que favoreciam a tensão social. Com isso, os municípios perceberam que era necessário realizar políticas públicas para atenuar a situação e, ao lado de outras iniciativas, como a criação de transporte público, melhorias do arruamento e saneamento básico, surgiram lideranças da área sanitária que uniram esforços para trabalhar em projetos sensíveis à maior parte da população. Surge o embrião do que se conhece hoje como atenção básica: os postos de saúde.

Para que o sistema funcionasse, era preciso que não somente a União arcasse com recursos, mas também que houvesse o aporte dos governos estaduais e das prefeituras. Assim, como será visto na sequência, o SUS foi sendo estruturado informalmente antes mesmo da Constituição Federal de 1988. Tudo isso foi importante, porque essas discussões iniciais favoreceram os debates das ideias junto à Constituinte de 1987, posto que os grupos não discutiram apenas argumentos, mas possuíam fatos notórios para debater e formar o convencimento dos redatores.

Com isso, o autodenominado Movimento Sanitário, formado por intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, representantes da sociedade civil, destacou-se no papel de fazer oposição ao regime militar. O movimento tinha como pauta se opor ao comando político e financeiro do sistema previdenciário, caracterizado pelas alianças entre os interesses de um setor empresarial privado de saúde e o sistema estatal. Foi um período de verdadeiro enfrentamento da ditadura e do autoritarismo que impregnavam as instituições e estagnavam a democratização dos direitos sociais em todo o país. Esses foram os pilares teóricos para barganhar mais adeptos na busca pelo reconhecimento da saúde como direito fundamental e para a melhoria das práticas de saúde (Paim, 2009, p. 29).

A Reforma Sanitária foi constituída não só por intelectuais e técnicos da área da saúde, mas também por partidos políticos, movimentos sociais e pesquisadores de algumas organizações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que começaram a pensar a saúde com um olhar mais social, menos biologicista e menos clínico-assistencial, passando a ter um olhar mais amplo sobre a saúde, e não apenas voltado para a questão clínico-assistencial das doenças. Isso vai gerar um movimento que será discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Dessas proposições surgiram as bases que foram levadas e adotadas pela Assembleia Constituinte de 1987, que trouxe importantes subsídios que possibilitaram a inclusão, na CF de 1988, da valiosa frase "A saúde é direito de todos e dever do Estado", descrita no artigo 196 (Bonavides; Andrade, 1991, p. 451).

No âmbito da saúde, pode-se dizer que a CF de 1988 promoveu uma verdadeira mudança de paradigma. A saúde passou a ser direito fundamental, universal e assegurado pelo Estado, ou seja, as ações e os serviços de saúde foram unificados, conferida a direção única em cada esfera de governo e declarados de relevância pública. As profundas mudanças políticas e organizacionais do setor foram feitas na perspectiva de que trouxessem justiça social, além, é claro, de crescimento econômico (Gerschman, 2004, p. 21).

Mudanças nos padrões culturais, políticos e sociais, até então impostos, podem ser definidas como quebras de paradigmas, pois visavam (re)definir quem se enquadrava ou não em determinada sociedade e quem tinha acesso ou não a determinado serviço público (saúde). Padrões sociais analisados sob o prisma de paradigmas podem ser conceituados como "um conjunto de regras que definem a fronteira entre o que é certo e errado,

entre o que é verdadeiro ou falso, entre o que se deve fazer e o que não se deve fazer". Assim, um paradigma nada mais é que um modelo, um padrão criado para definir o comportamento ou o agir das pessoas a partir de modelos culturais (Chiavenato, 1996, p. 21).

Seguindo esse raciocínio, olhar apenas para aspectos culturais como ponto de convergência para sustentar a necessidade de alterar o modelo de Sistema de Saúde é, por si só, um ponto muito frágil e que dificilmente se sustentaria no tempo. Por isso, foi necessário incutir no pensamento de toda a comunidade que o modelo social, como um todo, estava aquém das necessidades da sociedade brasileira. Com isso, o movimento pela saúde conseguiu demonstrar a necessidade de mudanças mais abrangentes, e foram elas que sedimentaram a construção de práticas sociais inovadoras para a época, advindas das necessidades humanas em face do Estado.

Dito isso, toma-se emprestado o conceito de Thomas Kuhn (1991, p. 22), que entende que um paradigma surge especialmente das experiências científicas que tentam inserir a natureza em esquemas conceituais forjados na educação profissional, e conclui que a ausência de um paradigma faz com que os fatos significativos sejam pertinentes para o desenvolvimento de uma ciência, uma vez que "o desenvolvimento da maioria das ciências tem-se caracterizado pela contínua competição entre diversas concepções de natureza distintas". Nesse sentido, a mudança de paradigma sobre a saúde não dependeu apenas de regras externas; constituiu-se também em uma rede de adesões e compromissos, tornando a busca exitosa.

As mudanças que ocorreram no modo como se organizava o sistema de saúde significaram, por isso, uma mudança de paradigma. Quando um paradigma muda, diz-se que ele mudou porque os conceitos teóricos anteriormente defendidos falharam diante dos desafios impostos por determinado acontecimento, fazendo com que os paradigmas utilizados sejam encarados como ultrapassados, não mais convincentes, ainda que, em alguns momentos, nenhuma hipótese produzida com base em certo paradigma teórico tenha sido adulterada (Kuhn, 1991, p. 13).

Desse panorama pode-se retirar que a reforma sanitária se acelera de forma mais significativa a partir do reconhecimento da saúde como um direito fundamental pela Constituição de 1988. A adoção das novas políticas de Estado em matéria de saúde representou, de um lado, o processo de redemocratização do país e as mudanças na estrutura do Estado e nas relações deste com a sociedade, e, por outro lado, a maneira pela qual os variados interesses que compuseram o núcleo dos movimentos sociais em

saúde se fizeram representar entre si nas instâncias institucionais da política de saúde.

Uma vez que a saúde passa a ser um direito protegido juridicamente, passa também a estabelecer uma série de outras obrigações ao Estado para a plena realização desse direito, ou seja, declara que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, conforme estabelece o artigo 197. Nesse contexto, ao ser conferido ao Estado o dever de garantir o pleno acesso à saúde, mediante políticas públicas sociais e econômicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que se transforma no grande propósito de todos os discursos eleitoreiros, pois passa a ser o grande agente de transformação para a inclusão social de grande parte da população, até então excluída do sistema (Santos, 2009, p. 19).

Há que se anotar ainda que, até o artigo 200, a CF traz importantes tópicos relacionados a questões contidas nos princípios do SUS, presentes até hoje, os quais serão melhor trabalhados no item 2.3, quando se abordará especificamente o SUS e a descentralização no financiamento da saúde, dada a sua importância no contexto da saúde pública brasileira e, acima de tudo, pela sua relevância no atual contexto.

2.3 A criação do SUS e sua base constitucional: principais marcos legais e suas dimensões enquanto mecanismos de apoio ao desenvolvimento da saúde pública

O Brasil foi desenvolvendo os centros urbanos ao lado da crescente complexidade cultural, econômica, social e religiosa. Nada de diferente do que já acontecia no restante do mundo. Toda essa dinâmica fez nascer novas formas de organização política e social, onde o Estado passa a se reinventar dentro desse novo contexto. As suas estruturas de organização e as condições para o exercício do poder passam também a abarcar outras áreas do conhecimento humano, como o Direito, que ganha notória relevância, sobretudo para compor estratégias de moderação das relações sociais.

Nessa nova fase de reorganização do país, quanto mais a sociedade se globalizava, mais se tornava heterogênea. Quanto mais integrava grupos e extratos de diferentes culturas, posições sociais ou pelos papéis que exercia em determinada divisão do trabalho, tanto mais o seu sistema político e social precisava organizar-se nas suas mais variadas funções, tornando-

as interligadas umas às outras por uma rede complicada de relações hierárquicas (Miranda, 1997, p. 46).

Foi nesse contexto que a Constituinte de 1987 contemplou os anseios da sociedade sobre um novo projeto para o sistema de saúde brasileiro. O tratamento diferenciado dado à saúde pela CF de 1988 envolve, simultaneamente, aspectos técnicos e políticos, assumindo postura positiva para as problemáticas em matéria de saúde advindas das condições de vida e de trabalho prevalecentes naquele período, além do padrão de organização existente sobre a estrutura dos serviços de saúde, que diferenciava o atendimento das pessoas (Marques, 1989, p. 14).

A definição expressa do direito à saúde no texto constitucional significou um avanço substancial para a proteção da saúde. Uma vez que a saúde passa a ser protegida juridicamente, aproxima-se uma série de outras obrigações que passam a ser com ela coligadas, atribuindo aos agentes públicos obrigações para o cumprimento desse direito, que confere deveres ao Estado para bem garantir a sua efetividade.

Decorre dessa nova política de Estado, inaugurada pela CF de 1988, a criação e estruturação do SUS, que com o passar dos anos transformou-se no grande projeto de inclusão social que é, haja vista a inclusão de mais da metade da população brasileira, antes excluída (Santos, 2009, p. 19). No entanto, o SUS, propriamente dito, foi formalizado como um sistema somente a partir das Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080, de 1990, que trouxe em seu texto a responsabilidade pela promoção, prevenção e tratamento da saúde. Entende-se que foi a partir dessa lei que o modo de gestão do SUS foi desenhado e, também, foram definidos os princípios do SUS.

É desse mesmo ano a Lei nº 8.142, de 1990, que trata do financiamento do SUS e comporta todo o ferramental necessário à participação social (conselhos de saúde e conferências de saúde), importantes instrumentos para que se garanta transparência, participação e controle da população perante as políticas de saúde que ocorrerão no Brasil, as quais ainda estão em vigor, dada a sua solidez e relevância pública, conforme dispõe o art. 197 da CF de 1988. Importa destacar que o SUS tem estrutura e diretrizes necessárias para a sua organização pré-definidas no artigo 198, caput e incisos I a III. Quanto às suas competências, elas estão definidas no artigo 200, e os parâmetros para o seu financiamento estão definidos no artigo 198, § 1º:

> O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" e, § 3º: "Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá os percentuais, os critérios de rateio e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 1988).

Observa-se que as regras fundamentais de estruturação, funcionamento e organização do poder estatal, bem como de definição de direitos básicos, não importam o regime político nem a forma de distribuição de competência aos poderes estabelecidos, sendo, por conseguinte, matéria de direito constitucional. Nesse sentido, pode-se dizer que a CF de 1988 imprimiu ao SUS limites indispensáveis à garantia de direitos, o que, a partir de uma leitura sistemática do texto constitucional, demonstra que o movimento político, social e cultural que fora questionado no plano político, filosófico e jurídico quanto aos esquemas tradicionalmente utilizados respondeu aos anseios sociais, com uma nova forma de ordenação e fundamentação do poder político para garantir direitos sociais em uma nova dimensão estruturante para os direitos sociais, dentre eles a saúde (Canotilho, 2003, p. 51).

Pode-se dizer que a Constituição Federal consolidou a igualdade formal perante a lei no que diz respeito ao direito à saúde. Essa, por sua vez, representa um grande avanço para a proteção desse direito social tão importante, porém necessita de condições para alcançar também a igualdade material. De nada adianta todos terem a igualdade formal de acesso à saúde garantida se as diferenças materiais, relacionadas às condições concretas disponibilizadas em cada Estado ou Município, não forem iguais, ou pior, não forem capazes de anular as diferenças de vida e de oportunidades, e degenerarem o sentido funcional da igualdade formal que o texto constitucional imprimiu.

Nesse sentido, o direito à saúde, por meio do SUS, necessita de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção plena. Para garantir um patamar mínimo de concretização do direito à saúde, é preciso que cada medida regulatória esteja atrelada às medidas econômicas e fiscais, pois sem elas não será possível concretizar o ideal de equidade que se demanda em matéria de saúde, ou seja, a gênese de concretização máxima se encontra justamente na consolidação das expectativas sociais desenhadas no texto constitucional.

A implantação de um sistema de gestão democrática dos serviços de saúde foi e continua sendo um desafio a ser enfrentado pelos atuais governos. Embora os avanços que o SUS realizou sejam inegáveis, o Brasil ainda precisa avançar muito na democratização da saúde. Os avanços na execução de políticas públicas de saúde e a sua plena realização, acredita-se, dependem da correta interpretação das necessidades das pessoas em cada comunidade e das novas funções que o sistema de saúde público agregará, especialmente para as necessidades futuras.

É por esse entendimento que o presente estudo se pauta, para considerar que o Direito à saúde é um direito humano fundamental de todos os brasileiros e imprescindível para o desenvolvimento do país, bem como nas importantes normas criadas a partir de 1988 (Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Lei 9.782/99, Lei 9.961/00, Lei 6.259/75, Lei 6.437/77 e Lei 5.991/73) e, ao lado delas, também em Decretos, Portarias e Resoluções, entre outros atos, que se prestam a consolidar o Direito Sanitário e a operacionalizar o SUS.

Pode-se dizer que o SUS foi um divisor de águas no país para a democratização do acesso à saúde. Ao constitucionalizar a saúde como direito de todos e facilitar seu acesso por meio de um sistema de acesso universal, o SUS deu o impulso necessário para a caminhada rumo à concretização da dignidade humana, prevista no artigo 1º da CF, onde a dignidade humana está posta como fundamento da República Federativa do Brasil, sobre a qual está ancorado o mínimo existencial.

Por sua vez, o artigo 3º da CF, ao impor que o Estado deve intervir para erradicar a pobreza e a marginalização, reduzindo as desigualdades sociais e regionais, também empresta fundamento para a não tributação do mínimo existencial como caminho para o alcance desse objetivo e para implementar a igualdade, não só no aspecto formal, mas também no aspecto material. Da mesma forma, outro parâmetro para estabelecer o mínimo existencial é encontrado na CF, no seu artigo 7º, IV, que, ao tratar do salário mínimo, dispõe que esse deve ser capaz de atender às necessidades vitais básicas do cidadão e de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social.

Zilveti (2004) afirma que, para a quantificação do mínimo existencial, se faz necessária a realização de constante censo demográfico e social, com o fim de subsidiar o legislador quanto à mensuração dos custos com as necessidades básicas elencadas no artigo 7º, IV, pois, como é sabido, essa é diferente a depender da região do país, tanto quanto ao aspecto

individual como por grupo familiar. No campo da saúde pública isso fica muito visível. As diferenças regionais são gritantes, tanto no aspecto de desigualdade econômica como de desenvolvimento social.

Uma das formas de avaliar a desigualdade econômica existente no Brasil leva em consideração o valor do salário mínimo, utilizado como referência nacional quanto ao padrão mínimo de vida para uma parcela considerável da população, especialmente para os que recebem benefícios previdenciários, como o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social - BPC-LOAS, e para se enquadrarem nos diferentes programas sociais de transferência de renda, realizados por meio do cadastramento da população no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, que é a porta de entrada de acesso a uma série de benefícios assistenciais, como Bolsa Família, Programa Minha Casa Minha Vida, Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Fomento Rural, Carteira do Idoso, Tarifa Social de Energia Elétrica, Passe Livre para Pessoas com Deficiência, Isenção de Taxas em Concursos Públicos, dentre outros (Brasil, IBGE, 2020, p. 61).

Para a sobrevivência do Estado e para o desenvolvimento das políticas públicas desejadas por cada um, de acordo com os preceitos constitucionais, há de se levar em consideração que a forma de financiamento está amparada em uma importante invenção que Giddens chama de fichas simbólicas, que significa meios de intercâmbio que podem circular entre pessoas, grupos ou como meios de legitimação política amplamente desenvolvidos e difundidos entre as instituições sociais modernas (Giddens, 1991, p. 25). Isso leva o nome de moeda ou papel-moeda e, dentro da estrutura do Estado, a moeda é o tributo. Constitucionalmente, um tributo não pode ter outro escopo que não o de instrumentar o Estado a alcançar o bem comum e a igualdade entre todos.

Tem-se então que reconhecer que a legitimidade do poder político sempre está fundada em mitos, esses surgidos do imaginário social de cada povo em cada época. No entanto, em termos morais, isso não muda em nada os fatos aqui propostos. Essa ordem juridicamente regulada, que é o Estado, deveria servir para reduzir desigualdades que surgem das forças sociais em rivalidade, entre os que têm mais e os que têm menos, fazendo com que a maior garantia da paz pública seja a segurança nas relações sociais entre o poder político e os cidadãos, e essa é dependente dos níveis de satisfação dos cidadãos em relação à disponibilidade dos serviços públicos.

Para isso, o poder público precisa reconhecer e perceber que os desejos dos governados não se limitam ao mínimo para viver. Diante da modernidade e das múltiplas ofertas do mundo, os desejos vão muito além, ao passo que se deve também considerar a capacidade humana de transgredir as regras do jogo social para satisfazer seus desejos sem se preocupar com os demais membros da mesma sociedade. Admitir que justiça e poder de polícia são indispensáveis para fazer cumprir as leis e para governar é também admitir que não existe sociedade sem conflito. Os conflitos podem e devem ser controlados por meio de processos de compensação que servem para findar os conflitos que debilitam o conjunto social (Lapierre, 2003, p. 39-42).

Quando se volta o olhar para uma visão micro das relações de Estado, no caso brasileiro – refere-se aqui a Estados e Municípios –, percebe-se que a ordem imaginada para a função governamental na área da saúde pública sofre graves deformações, o que alguns chamam de colapso. Isso se deve não porque as pessoas deixaram de acreditar no sistema de saúde, mas porque, para salvaguardar essa ordem imaginada e estruturada, é necessário esforço árduo e contínuo dos diferentes segmentos sociais (pessoas, organizações, instituições etc.).

Contudo, a estrutura do SUS, que foi desenhada com maestria no país, servindo de exemplo inclusive para outros países do mundo, só consegue ser sustentada se os grandes segmentos acreditarem nela e passarem a trabalhar em conjunto com o Estado. É preciso resgatar em cada ser humano a vontade de cooperar para criar redes de otimismo e de altruísmo para o bem da sobrevivência desse importante sistema, que tem tudo para ser o melhor do mundo, não fosse a existência de forças contrárias, que tentam aniquilá-lo a todo custo (Harari, 2017, p. 120-121).

Na visão da organização constitucional relativa aos assuntos tributários, encontram-se também as atribuições de poder conferidas aos entes públicos para o exercício de suas funções institucionais, ou seja, a repartição de poderes pelo texto constitucional entre as pessoas jurídicas de direito público interno estampa, inclusive, um sistema de partilha de competências tributárias, associadas sistematicamente. Isso demonstra que a repartição adequada, tanto da arrecadação quanto da destinação dos tributos, é uma maneira eficiente e que alcança melhor as demandas sociais na promoção dos direitos fundamentais, direitos esses que são inerentes

à condição humana, como é o caso do direito à saúde (Dallari, 2004, p. 12-13).

Os direitos fundamentais (destaque para o direito à saúde) possuem a característica de serem prioritários, porque os bens da vida que eles protegem são essenciais à sobrevivência humana e ao desenvolvimento da nação como um todo, ou seja, devem ser atendidos pelo Estado com absoluta preferência, porque envolvem discussão direta sobre a dignidade humana e constituem um dos pilares éticos e morais de referência de todo o sistema normativo. Sabe-se que uma das tarefas mais complexas é a da política, dada a dificuldade de eleger, dentre as possibilidades, a que seja a mais desejável ou até mesmo a mais urgente, sem distinção por parte do poder público, ou seja, "Hacer política, tanto para el simple ciudadano gobernado como para los gobernantes, legisladores, jueces o detentores de algún poder, es el elegir, entre las posibilidades, la que parece más deseable" (Lapierre, 2003, p. 81).

No entanto, diante da multiplicidade dos desejos da sociedade, concretizar políticas públicas de saúde "corresponde à realização das aspirações das pessoas, ao ideal a ser buscado", onde o Estado, diante das dimensões estruturais e dos limites financeiros, deve sempre buscar "atingir as peculiaridades de uma determinada sociedade" a partir das dimensões dos anseios e do existir humano (Reverbel, 2012, p. 41). Os esforços despendidos pelos agentes públicos do Estado para ofertar saúde, de acordo com os parâmetros do SUS, à sua comunidade refletem a complexidade e a dimensão que é tratar desse assunto, que é de interesse coletivo.

No entanto, deve-se ter em mente que "a moral responde aos imperativos da consciência, da dignidade na realização do bem comum", por isso não é permitido, nem por um instante, afastar-se dela. Deve-se, pois, lembrar que fazer política ou concretizar os preceitos constitucionais é desempenhar a árdua tarefa de contrariar interesses e articular maiorias em busca da liberdade e do justo (Reverbel, 2012, p. 41-44). Isso posto, para que o atendimento das demandas de saúde seja efetivado, é necessário que o ente disponha de recursos que serão arrecadados por sua própria competência ou por meio de repartição das receitas tributárias entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, pois é isso que lhes garante os meios econômicos necessários à realização dos objetivos contidos na Carta Magna e nas demais leis, para a saúde de todos.

Por conseguinte, no texto constitucional, quanto à saúde, couberam cinco artigos que juntos constituem um sistema único, pautado pelos

princípios de universalidade, equidade, integralidade e da participação da comunidade através do controle social, que resultou na criação do SUS. Esse, por sua vez, deve corresponder ao tratamento constitucional dispensado ao direito à saúde no Brasil, procedendo com a identificação e análise dos dispositivos constitucionais destinados à saúde e que necessitam ser meticulosamente harmonizados com as demais bases principiológicas dos direitos fundamentais, posto que juntos direcionam os caminhos para a justiça social.

Partindo da análise das diretrizes constitucionais impostas ao SUS, verifica-se que, por força da descentralização político-administrativa, a condução da saúde pública deve seguir uma direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). De acordo com a Lei nº 8.080/90, no âmbito da União, a competência será exercida por meio do Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal, pelas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente; e nos Municípios permanece a mesma lógica atribuída aos Estados.

Importa referir que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu artigo 23, inciso II, que a saúde é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A tomada de decisões, portanto, deve ser realizada conjuntamente entre os entes da federação, tendo em vista a relação de interdependência e o interesse comum que os cerca (Pivetta, 2013, p. 126). Por conseguinte, é comum que haja a realização de atividades de forma articulada, especialmente em relação ao financiamento das ações (Clève, 1989, p. 24-25).

De acordo com a Lei nº 8.080/90, incumbe à direção nacional do Sistema Único de Saúde a coordenação e normatização do sistema, e somente em casos excepcionais a União poderá exercer ações de vigilância epidemiológica e sanitária, como na hipótese de haver risco de disseminação nacional, conforme dispõe o seu artigo 16, parágrafo único. Do contrário, essas atribuições devem ficar a cargo do ente responsável, sob pena de ocorrer intromissão de um ente sobre o outro, uma vez que, de acordo com a diretriz da regionalização, a necessidade e a competência de organizar o sistema por circunscrições regionais leva em consideração não somente os critérios geográficos, mas também as peculiaridades de cada região e suas necessidades no âmbito da saúde (Coimbra, 2012, p. 27).

Segundo a diretriz de hierarquização, essa pode ser entendida como a prestação dos serviços a partir da sua complexidade, visando à otimização dos recursos, por isso a hierarquia do SUS é estruturada em três

graus: atendimento primário, secundário e terciário, sendo esse o modelo aconselhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por viabilizar uma maior eficiência dos recursos públicos, o que, por conseguinte, facilita o atendimento primário, chamado de "rede de atenção básica", destinado aos casos de baixa complexidade, caracterizados também pelo baixo custo (Pivetta, 2013, p. 120).

Dessa forma, a seleção realizada no nível primário identifica as demandas de saúde que realmente necessitam ser encaminhadas aos atendimentos secundários e terciários, os quais são marcados por possuírem gastos mais elevados e, portanto, necessitam de um maior aparato estatal, que vai depender do potencial de força material que o Estado possui (Dallari, 2013, p. 84).

Além de desempenhar todos esses serviços previstos nas normas e diretrizes do sistema, o SUS ainda possui o dever de absorver as inovações de cunho tecnológico e científico no âmbito da saúde pública (Pivetta, 2013, p. 123). Isso se deve em parte ao previsto no art. 7º, inciso II, da Lei 8.080/90, que estabelece que o SUS deve prestar assistência integral, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com as exigências de cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, ou seja, as doenças sofrem mutações e o tempo todo surgem novas modalidades, obrigando constantes atualizações e buscas por novas tecnologias, importantes para dar respostas eficientes e eficazes.

Nesse contexto, o SUS, como instrumento de desenvolvimento integral da saúde pública no Brasil, possui várias interfaces. Sua concretização depende de temas transversais, dos quais o objeto central não é somente a saúde das pessoas. Em uma dimensão ampliada, percebido enquanto mecanismo de apoio ao desenvolvimento da saúde integral, o SUS se relaciona diretamente com dois importantes ramos do Direito, que são o Direito Tributário, como já visto, e o Direito Ambiental. Ambos auxiliam para o resultado de proteger e tutelar a dignidade humana, e/ou até mesmo de fazer cumprir a finalidade última, que é ofertar qualidade de vida.

Quanto ao Direito Ambiental, tem ele uma relação direta com o sistema de saúde a partir do momento em que atua conjuntamente na proteção do meio ambiente e das medidas de proteção de longa duração, tendentes a promover a solidariedade entre gerações, o que consequentemente deve resultar na melhoria do ambiente (seja ele natural

ou artificial) para o convívio humano, e, por conseguinte, proporcionar melhoria de saúde e qualidade de vida às pessoas. Para que isso seja possível, é preciso construir sociedades mais pacíficas e inclusivas, com o fim último de construir uma sociedade acessível a todos, livre de qualquer forma de discriminação. Em termos jurídico-constitucionais, implica a obrigatoriedade de os Estados considerarem incluir medidas de proteção tendentes "à garantia da sobrevivência da espécie humana e da existência digna das futuras gerações" (Canotilho; Leite, 2012, p. 28).

Com base nisso, denota-se que a inclusão dos preceitos fundamentadores da sustentabilidade ambiental possui aplicabilidade também no campo do direito tributário e financeiro, com seus inúmeros reflexos sobre a área da saúde, onde os interesses viabilizadores para as políticas de saúde pública ganham efetividade e operacionalidade prática quando conjugados com os demais princípios e com o método de argumentação denominado "metódica jurídica normativo-estruturante", a partir dos ensinamentos de J.J. Gomes Canotilho (2003).

Tal método diz que a CF deve ser interpretada a partir de seu sentido semântico, sentido que é dado em função das especificidades de cada caso, dentro de uma realidade espaço-temporal, o que implica que a norma é o fruto da interpretação/concretização e, por consequência, da sua própria normatividade. Tal método prescinde de uma leitura sistemática, não podendo cada dispositivo ser compreendido de forma isolada.

Com isso, busca-se demonstrar, nas múltiplas facetas que os conceitos de meio ambiente possuem, a superação da visão de que o meio ambiente está apenas ligado à natureza. Ocorre que o meio ambiente está presente em tudo, desde o lazer até as atividades exercidas nos ambientes virtuais, e, por isso, defende-se que existe também um meio ambiente da saúde e que esse não se confunde com as demais facetas do meio ambiente, quais sejam, o meio ambiente natural, artificial, laboral ou edificado.

Sua conexão está intimamente ligada com o ambiente cultural, aqui considerado a partir de uma gama de múltiplas condições, leis, influências e interações nas mais diferentes formas, como a biológica, a física e até mesmo a química, que regem e permitem a vida em todas as suas formas. Sua relação está associada ao artigo 225 da Constituição Federal, que dispõe sobre o meio ambiente de forma a garantir a todos um meio ambiente equilibrado, entendido como um bem de uso comum do povo, sob o qual, e segundo a leitura sistemática dos princípios constitucionais, compete a todos defender e preservar o ambiente social e cultural para o uso comum

das presentes e futuras gerações, em suas dimensões de forma digna, essencial à qualidade de vida, consoante disposto na Carta Constitucional (Sirvinskas, 2015, p. 127).

Essa abordagem se faz necessária para dizer da necessidade da leitura sistemática dos diferentes diplomas legais em conjunto com o texto constitucional. No entanto, os aspectos atinentes ao Direito Ambiental e também ao Direito Tributário e Financeiro, que se relacionam com o sistema de saúde brasileiro, serão melhor abordados nos capítulos seguintes, devido à sua completude, abrangência e relevância para a obra.

2.4 A evolução da saúde pública no Brasil: períodos determinantes para o desenvolvimento do Estado Social

O desafio imposto é procurar trazer para o debate o panorama da saúde pública brasileira a partir do conhecimento do processo histórico de formação dos elementos constitutivos da base do sistema de saúde, que culminaram no modelo até então vigente e que se espelhou inicialmente em modelos internacionais, passando por um longo processo de sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas, especialmente na formulação de ações governamentais de saúde para os casos de doenças epidêmicas com repercussões econômicas.

Com a evolução do conhecimento, muitas revoluções ocorreram e permitiram também a evolução do conceito e do entendimento do que é saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidade ou invalidez. Essa definição para a época pode-se dizer que foi avançada, no entanto tem sofrido inúmeras objeções por parte de especialistas sobre o tema, tendo em vista a repercussão que o tema tem, não só de forma individual, mas também coletiva sobre as pessoas e sobre a sociedade (Donnangelo, 1983, p. 17-35).

No século XX a concepção de saúde muda para incorporar o termo "bem-estar", que significa, além de ausência de enfermidades, também a presença de outros aspectos como alimentação de qualidade e suficiente, moradia, acesso à água potável, ao emprego, à renda, entre tantos outros. Por isso que o conceito de saúde definido pela OMS, mesmo que se apresente com alguma deficiência na sua construção, importa que ele dependa também dos significados que são atribuídos ao conceito de bem-estar, que não se trata apenas da ausência ou da presença dele. De rigor, a

proposição da OMS significa que o ente nela caracterizado deve ter perfeita ou completamente atendidas todas as suas necessidades.

Dito de outra forma, para ser considerado saudável, o ser vivo deve ter satisfeitas todas as suas necessidades. Por conta disso, a definição da OMS com o passar do tempo tem sofrido críticas, pois que o ser humano tem constantemente criado novas necessidades (internet, transporte, meio ambiente, etc.), o que configura o caráter utópico dessa caracterização de saúde.

Apesar disso, essa mudança constituiu um avanço, tanto no plano formal, porque é uma proposição positiva, como também no plano material, visto que superou as dicotomias ultrapassadas, possibilitando o surgimento de políticas sanitárias mais eficientes. Ademais, além de localizar a saúde como um estado positivo que podia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado, passa também a incorporar definições que remetem ao contexto social, econômico, político e cultural, o que leva em consideração a época, o lugar, a classe social, os valores pessoais e os conceitos científicos e econômicos de cada sociedade (Rosen, 1994, p. 31-48).

Importa para o presente estudo saber o que a Constituição Federal determinou como saúde. Nesse sentido, a Constituição brasileira declara a saúde como direito social, conforme previsto no artigo 6º. Portanto, é direito de todo cidadão e, consequentemente, dever do Estado, conforme dispõe o artigo 196, viabilizar o acesso à saúde, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, percebe-se que, ao se debruçar sobre o texto constitucional, a saúde não é somente assistência, mas também todas as ações necessárias à construção de uma sociedade que desfrute de bem-estar e possa ter uma vida feliz em sua plenitude. Assim, o Direito à saúde, não menos abstrato do que a definição do termo saúde, representa em sentido subjetivo, o direito a reivindicar das autoridades competentes, e do próprio Estado, condutas que, via de regra, implicam na compreensão do direito como regras de comportamento e limitação às liberdades individuais e coletivas, ou simplesmente a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida (Dejours, 1986, p. 7-11).

Visto pelo aspecto social, o Direito à saúde privilegia a igualdade de todos, caracterizando-se como equilíbrio das relações sociais, pois como dimensão dos direitos fundamentais do homem, passam a ser prestações

positivas estatais, elencadas em normas constitucionais, que possuem o poder de melhorar as condições de vida aos mais necessitados, igualando situações sociais desiguais, auferindo igualdade real, o que, por outro lado, proporciona condições mais compatíveis com o exercício da liberdade.

José Cretella Júnior (1988, p. 431), ao tratar do direito à saúde, define perfeitamente a importância e o peso social que tal representa ao dizer que "nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde". De fato, há de se valorar tal entendimento, pois que o bem-estar físico surge da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento.

Tem razão o autor ao dizer que, para a pessoa, saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. Estando a pessoa acometida de alguma moléstia que reduza ou restrinja o pleno bem-estar, isso constitui a negação de todos os demais bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência da pessoa e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte.

Além disso, para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral, político e econômico. Os problemas de saúde pública, mundo afora, são um grave problema, colocando em risco até mesmo a estabilidade de grandes potências mundiais, fazendo com que o mundo todo perceba a necessidade de concretizar propostas de maneira cooperada, integrando as nações em torno de um objetivo comum, o direito ao acesso a saúde deve ser para todos, independentemente de nacionalidade, origem, credo ou qualquer outro fator discriminatório. Preservar a integridade física, psíquica e até mesmo social das pessoas é pressuposto indispensável para o desenvolvimento de qualquer nação.

Sob esse prisma, as limitações impostas aos comportamentos humanos, lastreados pelos valores da liberdade e da igualdade, são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente das vantagens da vida em sociedade. Assim, para preservar a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer. Essa é a razão das normas jurídicas que obrigam à vacinação, à notificação, ao tratamento, e mesmo ao isolamento diante de certas

doenças, à destruição de alimentos impróprios ao consumo e, também, ao controle do meio ambiente e das condições de trabalho.

Dessa forma, a garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade. Cumpre salientar que a competência quanto à responsabilidade do poder Público é comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde esses deverão cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, conforme previsão do artigo 23, inciso II, da Constituição Federal (Brasil, 1988). É claro que, enquanto direito coletivo, a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado e da sua capacidade de dar respostas às demandas da sociedade, cada ente dentro do seu âmbito de atuação administrativo. Da mesma forma, o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo, sem, contudo, necessitar desequilibrar essa ordem constitucionalmente estabelecida.

Por outro lado, esse conceito se confunde com outro, que é o Direito Sanitário. Esse, por sua vez, não é menos complexo de se definir do que o anterior. A Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) define o conceito de Direito Sanitário como sendo o ramo do "do Direito Público onde o Estado, visando a proteção e a promoção da saúde pública, assume, ativamente, o papel regulador e controlador dos bens, dos produtos, dos serviços e das atividades que podem colocar em risco a saúde da população" (Brasil, 2003), ou seja, procura demonstrar que se trata de um ramo da Ciência Jurídica, com a qual o Poder Público está envolvido por meio da multiplicidade de coisas que encontram-se reguladas em extenso e complexo volume de normas sanitárias (federais, estaduais e municipais), que disciplinam quase todas as atividades humanas, já que praticamente todas as atividades podem, de uma forma ou outra, produzir algum dano à saúde. Por isso, o Direito Sanitário é constituído por um corpo de normas, cuja função diretiva é a de proteção direta da saúde das pessoas ou da perseguição da tutela sanitária.

Por sua vez, o conceito de Direito Sanitário que mais contempla as expectativas extraídas do sistema constitucional brasileiro, conforme Aith (2007, p. 92), é o que o define como sendo "o Ramo do Direito que disciplina as ações e os serviços públicos e privados de interesse da saúde". Encontra sua estrutura de formação no conjunto de normas jurídicas e

possui como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos, e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Decorre disso que a função do Direito Sanitário é a de oferecer os instrumentos jurídicos necessários para ordenar o Direito à Saúde à realidade e no interesse da coletividade, apoiando sua atuação, interpretação e decisões, devidamente sistematizadas segundo os preceitos constitucionais. Da mesma forma, aponta para um vasto campo de atuação, que não visa apenas a saúde individual, mas sim todas as possíveis conexões que o assunto saúde possa ter sobre os demais ramos das ciências.

A partir disso, pode-se dizer que o primeiro marco histórico da Saúde Pública no Brasil se deu com a invasão dos Portugueses em 1.500. Os poucos registros existentes demonstram que, até esse período, as populações que aqui existiam baseavam suas curas na medicina praticada por mulheres que aplicavam seus conhecimentos de curas com ervas e raízes. Por conta disso, eram tidas como bruxas e foram alvo de perseguições das autoridades científicas e eclesiásticas que aqui se instalaram (Del Priore, p. 80-82).

Nesse período, até a chegada dos navios europeus no Brasil, o território era ocupado somente por indígenas e assim a preocupação com o desenvolvimento da área da saúde praticamente não existia pelo simples fato de que os povos indígenas já conheciam as enfermidades que os acometiam e as tratavam com a medicina típica que desenvolveram, com ervas e rituais de cura próprios de cada comunidade, aplicados pelos pajés, curandeiros ou boticários que trabalhavam de maneira informal e sem vinculação pública.

Com a chegada dos portugueses nas terras brasileiras e com a tentativa de implantação da cultura europeia em extenso território, dotado de condições naturais, se não adversas, largamente estranhas à sua tradição milenar, deu-se a origem da sociedade brasileira, fato predominante nas consequências até hoje vivenciadas (Holanda, 1995, p. 31). Muitas também foram as enfermidades que com eles chegaram, introduzidas pelas diferentes formas de convívio, estranhas aos que por aqui já viviam.

Com os europeus também vieram as formas institucionais, novas ideias, tudo sob o timbre do desenvolvimento, porém introduzidas em ambientes muitas vezes desfavoráveis e hostis, que causaram doenças e inúmeros problemas de saúde às populações nativas, pois não tinham imunidade para combatê-las, dizimando milhares deles, afinal o país não

dispunha de infraestrutura de saúde. Pode-se dizer que uma das primeiras iniciativas do príncipe regente Dom João, ao desembarcar no Brasil, foi providenciar a instalação de escolas de medicina. A primeira foi instalada na capitania da Bahia (1808) e, em novembro desse mesmo ano, a segunda escola foi criada no Rio de Janeiro, tornando-se centro de influência para o ensino da medicina no país.

Durante o período de colonização e império do Brasil, praticamente não existiam políticas públicas voltadas para a saúde da população. Lembrando que os portugueses promoveram um imenso êxodo do continente africano para as Américas com o tráfico de mão-de-obra escrava, onde o Brasil é composto por 42,7% de brasileiros que se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019.

Desses, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a pesquisa identificou que 69,9% dos usuários da atenção primária é composta por mulheres, contra 30,1% de homens. Em relação à cor ou raça dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se que 60,9% são pretos ou pardos, enquanto apenas 38% são brancos, ou seja, essa maioria são os que lutam até hoje por direitos básicos de cidadania e pelo fim dos julgamentos sociais embasados por preconceitos de cor, raça e condição econômica.

Percebe-se que desde os primórdios da história o acesso à saúde era determinado pela posição social de cada pessoa. Por óbvio que os nobres tinham acesso aos serviços médicos, enquanto que os pobres, escravos e indígenas não recebiam nenhum tipo de atendimento médico, ficando à mercê da caridade e das crenças.

Foi somente a partir da formação dos primeiros graduados pelas escolas de medicina no Brasil e do apoio de entidades religiosas, que teve início a implantação de tratamentos de saúde no território brasileiro, com a criação das Santas Casas de Misericórdia. Durante décadas foram elas as únicas opções para tratamento de saúde para a maioria das pessoas que não tinham condições financeiras de pagar por médicos particulares.

Esse primeiro período da história brasileira retrata momentos importantes da formulação das primeiras ações governamentais de saúde, embora muito restritas aos principais aglomerados urbanos, e também preocupadas com certas doenças epidêmicas de possíveis repercussões econômicas. Basicamente, da instalação da colônia portuguesa até a década

de 1930, as ações voltadas para a saúde eram insignificantes. Foi desse período em diante que foram criados ou extintos diversos órgãos voltados para a prevenção e o controle de doenças, que culminaram na criação da Fundação Nacional de Saúde, em 1991.

Outro problema enfrentado pelo país e que acompanha a história ao longo das décadas são as inúmeras dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial. Por outro lado, tem-se importantes registros da relevância da pesquisa no Brasil, como da Fundação Oswaldo Cruz, anteriormente Instituto Soroterápico Federal, fundada em 1900, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a febre bubônica.

Sua história se confunde com a do próprio médico bacteriologista Oswaldo Cruz (que dá nome hoje à fundação), responsável pela reforma sanitária que erradicou a epidemia de peste bubônica e a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. O Instituto foi determinante também para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. O Instituto passou por inúmeros desmandos, altos e baixos, por conta dos diferentes governos, passando a ganhar força a partir dos anos de 1980, na gestão do sanitarista Sérgio Arouca, precursor da reforma sanitarista no país (D'avila, 2020).

Os desafios impostos no início da república para controlar as doenças, que circulavam livremente e matavam milhares de brasileiros todos os dias, estavam atrelados ao intenso fluxo migratório e ao comércio exterior existente em função da economia cafeeira da época. Não foi à toa que o governo local percebeu a necessidade de criar medidas sanitárias de enfrentamento às doenças.

Grande parte das medidas impostas, forçando uma transformação sanitária das cidades, tinha como única preocupação acelerar o processo de urbanização e remodelação urbana, com o intuito de buscar investidores para alavancar a economia da época. A grande preocupação era melhorar as condições sanitárias para não inibir novos negócios, e, especialmente, construir a cidade do Rio de Janeiro como cartão de visitas do Brasil, seguindo os padrões parisienses, corroborando com a modernidade que se buscava (Cury, 2012, p. 65).

O foco na modernização da capital federal (Rio de Janeiro) foi um projeto defendido para trazer benefícios econômicos. Esse período, que precede a intervenção direta exercida pelo setor estatal sobre a organização espacial da cidade, trouxe fatores determinantes e condicionantes da nova

forma de conceber e produzir o espaço, que na época eram totalmente diferentes do que se tem hoje sobre a cidade e sua relação com o todo social (Lefebvre, 2001, p. 51-55).

No entanto, essa modernização tem até hoje contornos contraditórios, pois por um lado favoreceu o país no seu plano econômico desenvolvimentista, transformando-se em território atrativo para investidores, mas por outro lado esse processo ocorreu de forma autoritária, produzindo grande exclusão social, que perpetua até os dias atuais. Paradoxalmente, a maneira como a cidade dos mercadores e dos banqueiros é vista continua a ser o modelo de uma realidade onde o uso e a fruição dos espaços são entendidos como predomínio do lucro e do proveito em detrimento do bem-estar e da qualidade de vida da população.

Isso demonstra que a vinda da família real portuguesa trouxe grandes mudanças, tanto na forma de gerir a mão de obra, passando da forma escrava para a assalariada, bem como, concomitante a isso, alterações no tipo de atividade econômica e a transição para o capitalismo, que fizeram com que o processo de urbanização exigisse uma nova organização espacial que não permitisse a proliferação de epidemias, tornando necessário que se incorporasse questões sanitárias, o que gerou grande exclusão social. Do ponto de vista da saúde, foi uma época marcada pela não garantia de direitos, especialmente aos mais pobres, afetados pelo processo transformador e excludente.

De forma impositiva e arbitrária, os pobres foram obrigados a se adaptar às novas circunstâncias, tudo em nome de um projeto maior, que na verdade nunca os beneficiou. Isso culminou em diversos episódios de resistência e protestos contra ações sanitaristas. Talvez a mais famosa seja a Revolta da Vacina, nome dado contra a vacinação obrigatória para prevenção da varíola (Carvalho, 2019, p. 94).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, surgiu um ambiente que almejava a democratização, onde os movimentos sociais assumiam o papel de protagonistas na produção de alternativas ao modelo imposto. O modelo imperativo discursivo produzido pelo Estado autoritário recebia a contribuição crítica do espaço público e, portanto, também político, de reflexão sobre as práticas históricas sobre os direitos sociais, soprados pelos ventos europeus.

Inaugurava-se uma fase promissora e muito enriquecedora em favor dos direitos dos mais fracos. Novos sujeitos entram na cena estabelecendo novos parâmetros para a dimensão Estado-sociedade, qualificando o

processo de participação e democratização do país. Os movimentos sociais brasileiros inicialmente tinham por objetivo pressionar o Estado a cumprir suas tarefas no campo social (Carvalho, 1995, p. 14-26). No campo da saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) vê sua importância ganhar mais força no início da década de 1920, quando inicia a interferência do Estado na política de saúde brasileira.

O movimento se fortaleceu com amplas mobilizações reivindicando a redemocratização do Estado. As lutas eram marcadas pela indignação da sociedade diante das aviltantes desigualdades, da mercantilização da saúde, e concentraram suas forças em busca de um projeto civilizatório de sociedade justa, inclusiva, solidária, tendo a saúde como um direito universal representando a própria cidadania (arouca, 1986, p. 35-42).

Cumpre ressaltar que a política de saúde no Brasil é criada, basicamente, em função da política de previdência social, ou seja, vinculada à Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Foi no governo de Getúlio Vargas (1930-1945) que o governo criou o Ministério do Trabalho e elaborou extensa legislação trabalhista que contemplava a questão social vivenciada no período. Foi a partir de então que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram organizados por categorias profissionais, garantindo a saúde aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho: "Os direitos sociais aparecem aqui de forma particularista, obtidos através da categoria profissional, e da ocupação exercida no âmbito do mercado, sendo a carteira de trabalho o certificado legal da cidadania" (Simionatto, 1997, p. 16).

Posteriormente, o governo militar, que permaneceu no poder de 1964 a 1980, cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e incorpora os IAPs, aumentando o poder regulamentar do Estado sobre esse setor e sobre a sociedade. Isso faz com que a política de saúde ganhe um grande salto de desenvolvimento, porém também favorece e privilegia o setor privado, burocratiza o acesso com diferenciação de atendimento e clientela, ou seja, deixa de lado a atenção básica e a assistência aos que não estavam abrangidos pelos critérios estabelecidos (Bravo, 2004, p. 27).

Essa política passa a enfrentar permanentes conflitos, de um lado os interesses do setor estatal, empresarial e, de outro, do movimento social pela saúde (movimento sanitário). Esse cenário de descontentamento, aliado ao cenário de insatisfação de certos setores da classe média e da burguesia, fortaleceu os movimentos sociais e obrigou o Estado a propor

algumas mudanças na política de saúde, como forma de aliviar as pressões populares.

Com isso, algumas modificações, ainda que de caráter administrativo, foram feitas, embora não tenham deixado de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais. Dentre elas, destaca-se a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho de Desenvolvimento Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento.

O campo gerado pelos conflitos envolvendo questões de saúde e democracia, constantemente presente nas pautas dos movimentos sociais, favoreceu a ampliação do debate sobre a importância da saúde para todos, deixando de ser interesse apenas de um determinado segmento, e passando a assumir uma dimensão que se expandiu para o campo político. A partir da década de 1980, a saúde vivenciou períodos de avanços, mas também de muitos recuos.

Dentre os avanços importantes, destacam-se a V Conferência Nacional de Saúde, de 1975, cujo debate central era o Sistema Nacional de Saúde e a elaboração de uma política nacional de saúde, e a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1977, cuja discussão era a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis básicas aprovadas pelo governo federal no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor (Escorel, Bloch, 2005, p. 104-110). Desde 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram desenvolvidas para viabilizar a construção de uma nova arquitetura para a saúde, fundamentada na descentralização, na universalização do atendimento e na participação comunitária.

Contudo, foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em Brasília, em 1986, que é considerada como marco histórico no que concerne às políticas de saúde no Brasil. E tal se deve ao fato de o evento ter pautado a discussão na "necessidade de reestruturar a política de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (Netto, 1996, p. 87-132). Foi a partir desse evento que o governo assume a responsabilidade por viabilizar a reforma sanitária, fomentar as políticas de Ações Integradas de Saúde e cria, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS.

No transcorrer do tempo, a Constituição Federal de 1988 integra a saúde, a previdência e a assistência social ao tripé da Política de Seguridade Social. Com isso, marca uma trajetória de lutas, agora com assento na Constituição. Registra o surgimento de uma era de novos direitos, como se verá nos tópicos seguintes, porém sempre em confronto com o projeto

econômico liberal, articulado com a economia do livre mercado que se choca até os dias atuais com a proposta de universalidade e equidade.

2.5 O Financiamento Público da saúde e o Federalismo: subsídios para a cooperação horizontal

Antes da Constituição de 1988, como já referido, no Brasil o sistema de financiamento público da saúde era praticamente inexistente. O país não possuía um sistema público de saúde estruturado para atender às demandas de forma universal e integral dos seus cidadãos, e cada pessoa deveria dispor de recursos próprios para recorrer a médicos particulares. A assistência disponibilizada até 1988, pela previdência social, destinava-se exclusivamente ao atendimento dos trabalhadores formais, e os demais deveriam procurar a assistência gratuita, normalmente ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Quanto à matéria orçamentária, no Brasil, a sua origem basicamente ocorre com a abertura dos portos brasileiros pela vinda do Rei Dom João VI para o país. A abertura dos portos permitiu maiores impostos aduaneiros e, com isso, inicia-se o processo de organização das finanças públicas, fazendo surgir, em 1808, o Erário Público e o Regime de Contabilidade no Brasil (Pires; Motta, 2006).

Posteriormente, a Constituição do Império, de 1824, trouxe algumas disposições indiretas a respeito da matéria, porém a primeira Lei Orçamentária é de 14 de novembro de 1827. Nas constituições brasileiras seguintes, de 1934, de 1937 e de 1946, aprimoraram-se, um pouco, os assuntos relativos à matéria orçamentária, sendo que em 1964 foi editada nova lei, no caso, a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que passou a padronizar os orçamentos e balanços de União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Silva, 2009, p. 170). Posteriormente, com a Constituição de 1967 e o Decreto Lei nº 200, do mesmo ano, fizeram-se alterações importantes no que se refere ao processo orçamentário, pois foi somente a partir do Decreto nº 200 que ficou claro a obrigatoriedade de o Poder Executivo manter um sistema de controle interno das contas públicas (Silva, 2009, p. 171).

Vale destacar outra importante inovação que é anterior a 1988, ou seja, a Emenda Constitucional nº 11, de 31 de março de 1965, que acrescentou o parágrafo único ao artigo 157 da Constituição de 1964. A partir desse momento o Brasil estabeleceu o princípio da precedência

da fonte de custeio, que significa dizer que a partir de então nenhum benefício poderia ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio, o que representou um verdadeiro avanço para o sistema de financiamento das políticas públicas (Brasil, 1965).

No entanto, foi somente com o advento da Constituição Federal de 1988 que a saúde foi incluída como parte da seguridade social e o país passa a avançar em relação às formulações legais, que se inova e se consagra um modelo de atendimento integral, em que se envolvem o poder público e a sociedade para assegurar direitos à saúde, à previdência e à assistência social, nos termos previstos no artigo 194. Fica instituída também a competência privativa da União para legislar sobre a seguridade social, nos termos previstos no artigo 22, XXIII e, o mais importante, prevê-se que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos dos três poderes e das contribuições sociais, conforme dispõe o artigo 195 da atual Constituição.

Outro ponto de destaque importante diz respeito à Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, chamada de Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), criada para atender ao disposto no artigo 163 da CF, no que tange ao controle e à fiscalização das finanças públicas. Tal é a necessidade de fiscalização da atividade financeira da administração pública direta e indireta que o dispositivo vem constantemente sofrendo inclusões e alterações, com o objetivo de melhorar a atuação pública em todos os níveis governamentais, visando prevenir riscos e corrigir desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas.

Decorre disso a necessidade do orçamento público ser constituído de uma peça única, abrangendo as receitas e as despesas do exercício financeiro a que se refere. O esperado é que todos os órgãos públicos que constituem o setor público pautem suas decisões em uma política de planejamento, amparada em uma política orçamentária, estruturada uniformemente, e que se ajuste ao tamanho do Estado, ou seja, cada ente público deve planejar suas políticas públicas de acordo com o orçamento disponível, adotando métodos e condutas que respeitem o limite disponível em seus caixas, pois todos os recursos disponíveis seguem para um caixa único de onde devem sair seguindo rigorosamente o que foi planejado, respeitando-se as exceções previstas em lei (Silva, 2009, p. 186).

O planejamento é imprescindível para qualquer situação, mas em se tratando de ente público ele é estritamente necessário, dado que é vital

para que possam ser eleitas as prioridades que deverão sanar as carências da população através de ações que precisam ser bem definidas. No contexto brasileiro, isso deve ocorrer especialmente porque o Brasil é um país que ainda não consegue suprir todas as demandas sociais que surgem, por isso, o processo de decisão política deve respeitar um planejamento governamental capaz de expressar os objetivos perseguidos pela nação, da qual os gestores apenas são os intérpretes e executores (Silva, 2009, p. 173).

Para a concretização desse planejamento integrado e responsável, o Brasil criou três importantes instrumentos: o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei de Orçamentos Anuais. Esses instrumentos são de vital importância para a concretização de diversas políticas públicas, mas especialmente para a área da saúde, que é muito dinâmica, pois sem eles não seria possível avançar para patamares passíveis de um futuro melhor, tendo em vista o grande número de pessoas que dependem do sistema público de saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou em 47,6 milhões o número de brasileiros beneficiários de planos privados de saúde (dados atualizados em janeiro de 2021), o que corresponde a pouco mais de 22% da população do país, que já conta com mais de 214 milhões de brasileiros. Em 2019, eram 59,7 milhões de brasileiros com cobertura de plano de saúde, médico ou odontológico, o que correspondia a 28,5% da população residente no país. Além disso, a pesquisa revela disparidades entre as regiões brasileiras, onde as regiões Sudeste (37,5%), Sul (32,8%) e Centro-Oeste (28,9%) apresentam índices maiores de pessoas com cobertura por planos de saúde, enquanto que nas regiões Norte (14,7%) e Nordeste (16,6%) esses números são bem menores (IBGE, 2020).

Tais dados revelam dois pontos bastante preocupantes. O primeiro deles mostra as desigualdades regionais muito marcantes em termos de economia e qualidade de vida. O segundo revela uma forte dependência da maior parte da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública (mais de 70% da população sem acesso à saúde suplementar), e que, não obstante os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o SUS, ainda resta muito a ser feito para que o sistema real se aproxime do ideal consubstanciado pelo texto constitucional.

Diante disso, a norma constitucional, no artigo 198, §1º da Constituição Federal, que disciplina sobre o financiamento da saúde, estatuiu que o SUS fosse financiado, nos termos do artigo 195, contemplando recursos provenientes dos orçamentos da seguridade social,

da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Contudo, tal previsão não determinou, à época, um percentual mínimo.

Além disso, a construção das normas não pareceu considerar as diferentes realidades de cada unidade federal, tendo em vista que os Estados brasileiros não são simétricos, nem sob o ponto de vista político, tampouco sob o aspecto da capacidade econômica e arrecadatória, sem contar as diferenças gritantes quanto à qualidade de vida da população e o acesso a direitos fundamentais. Cada unidade federada possui níveis de desenvolvimento diferentes, por razões sociopolíticas e econômicas que revelam que o Brasil possui um modelo de federalismo assimétrico (Ramos, 2000, p. 62).

Vivencia-se, em um mesmo território nacional, realidades em graus diversos de bem-estar e qualidade de vida. Esse panorama demonstra que a origem e a evolução do federalismo no Brasil estão relacionadas com o modelo federalista assimétrico que segrega e exclui milhares de brasileiros do acesso a direitos básicos como emprego, moradia, alimentação, saúde, educação e segurança, apontando semelhanças em todas as unidades federadas (Rodrigues, 2003, p. 36).

Nesse modelo de federalismo assimétrico, que se constata a partir da análise do mundo dos fatos, é percebido também em vários dispositivos constitucionais, tais como os artigos 23, 43, 151 e 155 da Constituição Federal, dentre outros diluídos por diversos temas, como os da definição de competências, orçamento, fixação de tributos, partição de receitas, etc. Assim, a cooperação permeia esses temas e institutos, especialmente no artigo 23, onde consta expressamente que lei complementar fixará normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com o objetivo de manter o equilíbrio e o bem-estar em todo o território nacional.

Em um país, em que a gestão pública de saúde foi pensada para ser executada no âmbito de um sistema nacional, regido pelos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços de integralidade da atenção, deve-se ressaltar a obrigatoriedade de se observar a diretriz constitucional de se estabelecer uma direção única em cada esfera de governo, sem se esquecer da composição do território, ou seja, União, DF, 26 estados e 5.568 municípios. Além disso, há o dever de se assegurar o direito à saúde como direito fundamental do ser humano em todo o território nacional, zelando pela promoção da saúde por meio da equidade entre os governos federal,

estaduais e municipais, o que exige medidas de competência exclusiva de cada nível de governo, tanto quanto ações integradas e combinadas de todos os entes da federação.

Trata-se de parâmetros fixados para concretizar o projeto nacional de desenvolvimento, mas que demonstram claramente um modelo de cooperação vertical, pensado a partir de normas constitucionais e infraconstitucionais que ditam a repartição de competências dos entes federados para fazerem frente às necessidades sociais, demonstrando que existe assimetria. Por conta disso, a correção exige cooperação, apresentando-se como a melhor forma de se amenizar a redução das desigualdades sociais, o que será demonstrado ao longo da presente pesquisa (Bonavides, 1996, p. 361).

Ao se acompanhar a evolução do sistema de financiamento da saúde, percebem-se os inúmeros problemas que vêm causando entraves ao sistema. Os problemas sempre existiram, no entanto pode-se dizer que se agudizaram a partir de 1993, quando as contribuições dos empregadores e dos empregados (artigo 195, I e II) para a seguridade social deixaram de ser repassados à saúde sob a alegação de desequilíbrios que se afiguravam nas contas da previdência social. Por conta disso, a saúde deixou de receber um aporte considerável de recursos.

Na sequência, a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998 (Brasil, 1998), modifica o sistema de previdência social, altera o artigo 167, XI, que passa a vedar a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o artigo 195, I, a, e II, para a utilização em despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social. Com essa alteração, a saúde deixou de receber valores significativos, anteriormente procedentes das Contribuições para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Essas modificações foram esvaindo a capacidade do sistema, e, para suprir a falta que esses recursos fizeram ao financiamento, outras medidas precisaram ser tomadas, embora originalmente os recursos da seguridade social não pudessem ser alocados para outros fins que não fossem os da previdência, da saúde e da assistência social. Isso está demonstrado nos artigos 165, §5º e 195, da CF, ao passo que não haveria vinculação de fontes às três áreas da seguridade social, conforme artigos 167, IV e 195, §2º, da CF, ressalvados os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), destinados ao seguro

desemprego e ao abono do PIS, conforme artigo 239 da CF, e no mínimo trinta por cento do orçamento da seguridade social seria destinado para a área da saúde, conforme artigo 55 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Em relação ao artigo 55 da ADCT, que garantia um percentual mínimo de 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, tal dispositivo deixou de ter eficácia com a aprovação da Lei nº 8.080 de 1990. Essa lei regulamenta o SUS no Brasil. Com isso, no ano seguinte à sua aprovação, os recursos para a saúde tinham se reduzido, caindo para o patamar de 20,95%. Esse corte de recursos estrangula ainda mais as possibilidades de cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade na saúde pública brasileira.

A inexistência de fixação de percentual mínimo para a saúde recebe uma definição somente após a regulamentação da lei do SUS, ou seja, somente em 13 de setembro de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que se passa a prever a inserção da União, dos Estados e Municípios no financiamento do SUS. O intuito da emenda era estabelecer suficiência de recursos para a saúde, bem como evoluir para a inclusão da solidariedade federativa, estabelecendo parâmetros de relações fiscais intergovernamentais dentro do SUS (Marques; Mendes, 2005, 164).

Embora a EC nº 29 tenha resolvido o problema da falta de percentual mínimo ao definir que Estados e Municípios deveriam, inicialmente, destinar um mínimo de 7% das suas receitas para a saúde, além de determinar que até 2004 deveriam aumentar esse patamar para chegar ao mínimo de 12% para os Estados e de 15% para os municípios, enquanto que a União deveria no primeiro ano ampliar para 5% do orçamento do ano anterior e, a partir de então, corrigir anualmente o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto (PIB), ainda assim, deixou uma lacuna. Isso porque a EC não definiu qual seria a origem dos recursos e também não se posicionou em relação ao percentual mínimo para cada política pública abrangida pela seguridade social, o que é um grande problema, pois as disputas são acirradas entre previdência, assistência e saúde.

Estudos demonstram que as ações e os serviços de saúde apresentam uma trajetória ascendente tanto nos Estados, como nos Municípios brasileiros, embora persista o subfinanciamento. Nos Municípios isso fica mais evidente, pois os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde

(ASPS) representavam, em 2000, cerca de 13,7% da receita própria. No ano de 2002 os Municípios tinham 17% de suas receitas próprias alocadas para ASPS, superando a meta de 15% prevista na EC nº 29, e em 2009 eles chegaram a 21,8%, bem acima, portanto, do então estabelecido na emenda (Piola; França; Nunes, 2016).

Por outro lado, nos Estados, os gastos com ASPS que eram de 7,2% em 2000, até o ano de 2008 não tinham atingido o percentual mínimo de 12% estabelecido na legislação. Foi apenas em 2009 que a participação média dos Estados superou o estabelecido na EC, e chegou aos 13,8%, superando, na média, o patamar mínimo de receita de impostos e transferências constitucionais e legais previsto na EC nº 29. Registra-se ainda que os percentuais assinalados tratam de indicadores médios da participação do conjunto de Estados, havendo muita assimetria na participação do financiamento entre os entes federados e também dos Municípios, devido a outros fatores (Piola; França; Nunes, 2016).

Ainda que solucionados, então, alguns problemas importantes pela EC nº 29, o país ainda precisava da lei complementar prevista na Constituição que definisse o que são ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração do mínimo constitucional. Por isso, depois de longos debates, somente em 2012 é promulgada a Lei Complementar nº 141. Tal LC fixa as regras, diretrizes e condições para identificar as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde, afastando as despesas que não sejam de responsabilidade específica do setor da saúde (artigo 2º, III) e as despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. Afastou também do cômputo as despesas com saneamento básico, limpeza urbana e remoção de resíduos (art. 4º, V e VI), embora algumas sejam consideradas de responsabilidade do SUS.

Foi somente a partir da Lei Complementar nº 141, de 2012, que a Emenda Constitucional nº 29 teve plena eficácia quanto ao mínimo de financiamento permanente para o setor saúde, bem como pelas delimitações do núcleo básico do conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde.

De forma prática, a lei tornou mais claro o que antes era tomado pela subjetividade, embora sempre tenham permanecido as divergências de entendimentos em relação às despesas previstas. Além disso, a LC também tornou presente a previsão para o eventual não cumprimento do

mínimo em saúde, devendo esse, quando/se não atingido, ser acrescido ao montante mínimo do exercício subsequente, sem que a diferença entre na contabilidade do valor gasto no ano, conforme artigos 25 e 26.

Ainda que a LC nº 141 de 2012 represente grandes avanços, deixou de atender um aspecto importante, que era no sentido de aumentar a participação da União no financiamento da saúde. Ela apenas manteve a determinação de que a União deveria aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (artigo 5º).

Portanto, sabe-se que esse modelo implantado sobre uma base móvel segundo as variações do PIB não traz o resultado necessário para sanar a escassez de recursos para a saúde. Entende-se por financiamento as diferentes modalidades de angariar recursos para o setor de saúde, onde pode-se identificar duas modalidades básicas de financiamento: o aporte de recursos públicos e/ou a captação de recursos privados. Dentre essas duas modalidades, existem, porém, inúmeras combinações entre os provimentos de recursos financeiros e a segmentação de serviços, viabilizadas a partir dessas duas modalidades básicas de financiamento (Ellias, 1996, p. 57).

A insuficiência de recursos para a saúde se torna mais perceptível em momentos de crises, a exemplo do que ocorreu na pandemia de 2019. Para cumprir com as determinações de enfrentamento da proliferação da contaminação, Estados, Distrito Federal e Municípios devem seguir as determinações estabelecidas pela Lei 13.979, editada em 06 de fevereiro de 2020, que regulamenta as medidas que "poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública" que se disseminou pelo país.

Cumpre ressaltar que as diretrizes impostas pela Lei 13.979/20 estão de acordo com o artigo 5º da CF. Seu alinhamento garante a preservação da vida, impondo que, de acordo com a evolução dos riscos de contágio e proliferação da pandemia, "todas as medidas adotadas devem ser baseadas em evidências científicas e em análises sobre informações estratégicas em saúde, limitadas e baseadas no tempo e no espaço, ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública".

Como já evidenciado anteriormente, o serviço de saúde é de responsabilidade de todos, por isso, entende-se que a descentralização de

recursos públicos é fundamental e tem por finalidade a prestação direta, especialmente em nível municipal, desse serviço tão caro à população. Consiste em fazer com que as ações e os serviços de saúde atendam, de forma mais próxima e efetiva, às necessidades locais da população e aos fatores condicionantes específicos do seu território, facilitando, assim, o acesso a tais ações e serviços. O que se entende, porquanto estão mais próximos da população e, por isso, tornam-se mais eficientes para identificar em que e quais ações são mais importantes, buscando sua maior resolutividade por meio de uma administração mais moderna, participativa e de proximidade com os cidadãos, especialmente para a solução de eventos pandêmicos de grandes proporções (Sarmento; Telles, 2012, p. 122).

Sabe-se também que o ente público municipal é a parte mais frágil quando se olha pelo ângulo do orçamento público, recurso indispensável para manter o atendimento à saúde de forma desejável, demonstrando a necessidade de altos investimentos, dada a falta de infraestrutura em saúde que a maioria dos municípios brasileiros têm apresentado em momentos de crises. Excepcionalmente, nos casos de calamidade grave que fuja ao controle dos demais entes federados, a Lei nº 8.080/90 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências – prevê a competência da União Federal para executar diretamente ações de saúde, conforme previsão do artigo 16, parágrafo único.

Da mesma forma, o artigo 198 da Constituição Federal, ao orientar que ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituída de um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e financiada com recursos do orçamento da seguridade social (da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios), demonstra que, ao municipalizar a execução dos serviços de saúde, a CF impôs uma grande responsabilidade aos Municípios, embora afirme que estes os devam prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado a que pertence. Em momentos de crises sanitárias, evidencia-se a incapacidade técnica e financeira da maioria dos Municípios para cumprirem sozinhos com o preceito universal de atendimento integral da saúde.

Foi para amenizar esses problemas que o Governo Federal publicou a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento à pandemia e altera a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2020, estendendo as regras de

responsabilidade. Além disso, e talvez ainda mais importante, colocou em evidência o princípio da solidariedade e o princípio da subsidiariedade, em que aquele deve permear as ações dos entes federativos em todas as ações que dizem respeito à saúde e, esse último, por sua vez, reforça que quando se trata do exercício do poder de cuidado da saúde dos cidadãos, via regra geral, as políticas públicas devem ser desenvolvidas no local, perto daqueles que as demandam (Sarmento; Telles, 2012, p. 120-121).

Nesse sentido, embora a solidariedade não seja algo novo, pois sua percepção acompanhou a formação das sociedades ao longo da história, na Revolução Francesa a fraternidade se consubstanciou como um dos seus ideais e, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a dignidade humana foi colocada no centro de suas acepções. No Brasil, foi somente com a Constituição da República Federativa de 1988 que a solidariedade toma sentido como premissa para a dignidade humana, sendo a base de todo o sistema jurídico.

No entanto, seu valor como princípio jurídico ainda é paradigmático para a maioria das sociedades, pois as levam a questionarem qual o verdadeiro papel que cada ser humano assume enquanto parte da ordem social a que pertence, considerando que a sua existência afeta a dignidade do outro, e a sua existência digna depende do equilíbrio dos direitos individuais, coletivos e difusos frente aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (Cardoso, 2013, p. 171). No âmbito da solidariedade federativa, tem-se que a União é o ente federativo com maior arrecadação e, consequentemente, com maior orçamento para promover ações em saúde, bem como em todas as demais áreas.

Sendo o direito à saúde um direito fundamental, tutelado de forma expressa na Carta Constitucional, cujo fundamento se encontra pautado no princípio da dignidade humana, consagrando-se como um dos pilares da República Federativa do Brasil, tornando evidente que a descentralização efetivada pela Lei Complementar nº 173/20 reforça a necessidade de prevalecer o princípio da solidariedade entre os entes federados, para se instrumentalizar os entes municipais no atendimento à saúde.

Repartir o produto da arrecadação é o mínimo que se espera da União nessa crise que gera danos irreparáveis às economias de muitos Municípios. A Lei Complementar nº 173/20 é mais que necessária; ela vem para afastar a concepção individualista em prol da concepção solidária que se espera dos Estados nacionais em períodos de crise e, quiçá, para corrigir anos de déficit no financiamento da saúde.

O Estado tem o dever de modificar o cenário criado pela pandemia, criando normas capazes de concretizar a cooperação em prol do bem-estar coletivo. Nenhum ser humano pode estar à margem de sua própria sociedade e é por isso que o princípio da solidariedade federativa aparece como condutor dos preceitos contidos na CF, estabelecendo a responsabilidade estatal em concretizar os direitos fundamentais em todo o país, especialmente abastecendo os entes públicos municipais para que consigam promover as políticas públicas de saúde.

Porém, no Brasil existem outros problemas, sinalizando preocupação em termos de orçamento, ou seja, a limitação da destinação de recursos financeiros para custeio da seguridade social, implementada por força da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, e com as alterações decorrentes da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como o famoso "teto de gastos", que é um verdadeiro entrave à concretização dos direitos sociais, pois congelou por 20 anos as despesas públicas não financeiras.

O Regime Fiscal imposto pela EC gera impactos graves em diversas áreas, especialmente nos gastos com saúde, educação, assistência social, emprego, previdência, entre outros, pelo fato de que o teto de gastos deve respeitar o limite de gastos efetuados no exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA), publicado pelo IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo. Além disso, o Regime Fiscal somente poderá ser revisto após o décimo exercício de sua vigência, admitindo-se apenas uma alteração.

Ao estabelecer que as despesas públicas só poderiam crescer na proporção da inflação do ano anterior, o governo e os ultraliberais deixaram de esclarecer para a população que a inflação somente repõe as perdas do passado, pois não consegue dar conta do aumento dos gastos futuros, especialmente por duas situações. A primeira trata sobre o fato de que os tais gastos com os juros da dívida pública não estão limitados pela inflação e, por segundo, porque não levou em consideração o crescimento da população, o envelhecimento da sociedade e a migração para o SUS de milhares de pessoas que perderam poder aquisitivo e consequentemente não puderam manter os planos de saúde privados, em função do desemprego e da redução da renda.

Para evitar um colapso ainda maior, especialmente do sistema de saúde, propostas para a suspensão do teto de gastos para a área da saúde foram manejadas a fim de auxiliar no enfrentamento da pandemia.

Também existem propostas de senadores para que se retirem recursos do Fundo Eleitoral e do Fundo Partidário e os destinem à saúde, já que o teto de gastos tem impedido o repasse de pelo menos R$13,5 bilhões em 2019 e de R$10 bilhões em 2020 de serem aplicados no SUS.

Além disso, para amenizar a emergência sanitária, o Brasil aprovou a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, conhecida como Orçamento de Guerra, e o Decreto Legislativo nº 6 de 2020, sendo ambos mecanismos e medidas que suspenderam as restrições fiscais para o governo enfrentar a pandemia. Em 2021, contudo, voltaram a valer as regras da EC nº 95/2016, ou seja, o retorno de desfinanciamento progressivo da saúde. O modelo de austeridade defendido vem desenhando o comprometimento do futuro das próximas gerações, destituindo direitos sociais importantes aos cidadãos brasileiros e aprofundando a desigualdade social.

Nesse compasso, embora tenha havido um esforço enorme por parte de alguns segmentos, o sistema de saúde pública continua sendo insuficientemente financiado e isso pode ser um reflexo de toda a dificuldade que o país enfrenta para contornar situações críticas, ao lado de tantos outros problemas históricos que se arrastam ao longo das décadas, sem solução.

Assim, o capítulo seguinte trata do federalismo brasileiro, especialmente no contexto dos Municípios que integram a Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período compreendido entre 2018 e 2021. Junto disso, trata-se de, a partir dos dados, trazer, para dentro do tema jurídico e político do federalismo brasileiro, a cooperação horizontal como condição de possibilidade para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública no âmbito municipal.

Capítulo 3

RELEVÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE FINANCIAMENTO REGIONAL À SAÚDE ALICERÇADAS NO FEDERALISMO COOPERATIVO HORIZONTAL

Pelo presente capítulo, objetiva-se verificar, a partir da leitura sistemática da Constituição Federal e dos princípios constitucionais, caminhos para a máxima efetividade das políticas públicas financeiras e tributárias no âmbito municipal. Isso porque se denota a imprescindível tarefa de se dar às normas constitucionais a mais ampla efetividade social, e, por isso, ressalta-se que se deve entender a Constituição como um todo, repleta de princípios e regras, cuja efetividade se dá, em muitos momentos, pelos métodos hermenêuticos.

É nesse contexto que o capítulo se desenvolve, pois se compreende que as normas constitucionais devem ser interpretadas harmoniosamente, logo, na mínima hipótese de conflito entre elas, deve-se evitar a sujeição de uma em relação à outra. Entra, assim, em evidência o princípio da concordância prática ou harmonização, segundo o qual o texto constitucional deve ser interpretado sem se chocar com a realidade política e social.

Dessa maneira, considera-se a interpretação a partir do texto constitucional para o desenvolvimento da escrita do presente livro, pois esse é tomado como espécie da interpretação jurídica. Ao se considerar a Constituição um texto jurídico normativo, a sua interpretação pressupõe a maneira pela qual se capta o seu sentido, extraindo de suas normas sentidos outros, notadamente para o fim de solucionar ou pacificar os dilemas contemporâneos.

No decorrer do texto, demonstra-se a importância de perceber que o sistema jurídico brasileiro não é composto somente de regras, pois se assim o fosse exigiria um arcabouço legislativo exaustivo e complexo, a fim de dar a completude necessária aos anseios da comunidade. Além disso, o sistema poderia ficar engessado, haja vista que não caberia espaço para que o sistema fosse complementado e/ou aprimorado, o que se chocaria com a

ideia de um sistema constitucional aberto, bem como com a possibilidade de proposições equilibradas para contrabalancear os valores e os interesses próprios de uma sociedade pluralista e igualmente aberta.

Desse modo, considera-se significativa a força normativa da Constituição, interpretada de maneira sistemática junto dos demais ramos do direito e também com os princípios constitucionais, pois também são considerados normas. Sendo assim, o arcabouço constitucional brasileiro é aqui considerado como protagonista para as mudanças necessárias às políticas públicas de saúde quanto às possibilidades que apresentam para as mais variadas necessidades humanas, sejam elas no contexto histórico, político, social, econômico ou jurídico contemporâneo.

3.1 Os princípios constitucionais como eixos estruturantes das relações humanas

Ressalta-se, primeiramente, que, para se compreender o instituto da interpretação segundo a Constituição, cumpre observar alguns aspectos da atividade interpretativa. O primeiro deles é o de se atentar para o próprio conceito de interpretação, que, consoante Bonavides (2007, p. 437), é uma "operação lógica, de caráter técnico mediante a qual se investiga o significado exato de uma norma jurídica, nem sempre clara ou precisa".

Nessa linha, pode-se compreender o direito como uma criação humana e, assim sendo, "é uma forma significativa, um substrato dotado de sentido", ou seja, "a tarefa do intérprete, como fim último, será a de trazer à tona ou revelar o significado que se incorporou a determinado objeto" (Coelho, 2007, p. 3). Passou-se a essa visão na medida da compreensão de que as leis positivas são formuladas em termos gerais, ou seja, a partir de então elas servem para fixar regras, consolidar princípios e estabelecer normas em linguagem clara e precisa, porém de forma ampla e sem se prender a minúcias.

Cada vez mais se exige que o intérprete se aprofunde e investigue a relação entre o texto abstrato e o caso concreto, compreendendo o vínculo entre a norma jurídica e o fato social. Esse é o verdadeiro significado de aplicar o Direito, e, para tanto, incumbe-se, preliminarmente, segundo Maximiliano (2002, p. 1), de "descobrir e fixar o sentido verdadeiro da regra positiva; e, logo depois, o respectivo alcance, a sua extensão", ou seja, para o autor, "o executor extrai da norma tudo o que na mesma se contém,

é o que se chama interpretar, isto é, determinar o sentido e o alcance das expressões do Direito".

A hermenêutica remonta a tempos pretéritos, tendo passado por diversas ciências, como a filosofia, até tomar assento também no Direito. Contemporaneamente, consiste no modo de conhecimento dos objetos culturais e, quando compostos por objetivos culturais, como é o caso das Constituições escritas (a exemplo da Constituição brasileira), "tem-se a interpretação de um texto que é, ao mesmo tempo, um objeto de significação e um objeto de comunicação" (Silva, 2012, p. 15).

Tal afirmação se sustenta porque, contemporaneamente, a Constituição é considerada uma lei (latu sensu), carregada de força normativa. Nesse mesmo sentido, Hesse afirma que:

> El cometido de la interpretación es el de hallar el resultado constitucionalmente 'correcto' a través de un procedimiento racional y controlable, el fundamentar este resultado, de modo igualmente racional y controlable, creando, de este modo, certeza y pre-visibilidad jurídicas, y no, acaso, el de la simple decisión por la decisión (1992, p. 35).

Por isso, interpretar o Direito deve ser tido como a forma pela qual se fixa o sentido e o alcance das normas jurídicas, mediante um processo racional e sugestionável. Essas normas se veiculam, comumente, por leis escritas, que, por sua vez, valem-se da linguagem para que suas prescrições sejam respeitadas e reconhecidas amplamente, por meio de operações normalmente complexas e difíceis, cujo objeto se constitui de uma sutil doutrina e de uma delicadíssima arte (Bonavides, 2007, p. 458). Trata-se de um processo de aplicação da norma jurídica cuja realização é metódica, embora o intérprete se valha da soma de vários métodos que, "embora partam de critérios distintos entre si", são "reciprocamente complementares" (Araujo; Nunes Júnior, 2011, p. 110).

A interpretação constitucional é considerada espécie da interpretação jurídica, pois, sendo a Constituição um texto jurídico normativo, sua interpretação pressupõe a maneira pela qual se capta o seu sentido, extraindo de suas normas sentidos outros, notadamente para o fim de solucionar ou pacificar conflitos e problemas (Barroso, 2011, p. 292). Isso porque, pela natureza constitucional, são utilizados termos amplos e cláusulas gerais, como igualdade, dignidade humana, moralidade e justiça, dentre outros, tudo para alcançar situações que não são passíveis de especificação no próprio texto da lei.

Por conta disso, autores como Canotilho (2000, p. 1.103) entendem existir um Direito Constitucional não escrito, originário de uma institucionalização consuetudinária ou de uma interpretação do texto da própria Constituição, encontrando nela fundamentos e limites que completam, desenvolvem e vivificam o direito constitucional. Ainda para o autor, tanto as regras como os princípios constituem espécies de normas, embora reconheça que as duas espécies se diferenciam quanto à sua imperatividade, validade, ponderação de valores e harmonização (Canotilho, 2000, p. 1.124).

Desse modo, tais definições levam ao entendimento de que os princípios são vetores para a concretização de um dado sistema jurídico, conferindo interpretações e sentidos às regras jurídicas e informando o seu sentido nuclear. Canotilho, ao tratar das diferenças qualitativas entre regras e princípios, afirma que:

> Em primeiro lugar, os princípios são normas jurídicas impositivas de uma optimização, compatíveis com vários graus de concretização, consoante os condicionalismos fácticos e jurídicos; por sua vez, as regras são normas que prescrevem imperativamente uma exigência (impõe, permitem ou proíbem) que é ou não é cumprida (nos termos de Dworkin: applicable in all-or-nothing fashion); a convivência dos princípios é conflitual (Zagrebelsky), a convivência de regras é antinômica; os princípios coexistem, as regras antinômicas excluem-se. Consequentemente, os princípios, ao constituírem exigências de optimização, permitem o balanceamento de valores e interesses (não obedecem, como as regras, à < lógica do tudo ou nada>), consoante o seu peso e a ponderação de outros princípios eventualmente conflitantes; as regras não deixam espaço para qualquer outra solução, pois se uma regra vale (tem validade) deve cumprir-se na exacta medida das suas prescrições, nem mais nem menos. (…) em caso de conflito entre princípios, estes podem ser objeto de ponderação, de harmonização, pois eles contêm apenas <exigências> ou <standards> que, em < primeira linha> (prima facie) devem ser realizados; as regras contém <fixações normativas> definitivas, sendo insuscetível a validade simultânea de regras contraditórias. Realça-se também que os princípios suscitam problemas de validade e peso (importância, ponderação, valia); as regras colocam apenas questões de validade (se elas não são correctas devem ser alteradas) (2000, p. 1125-1126).

Para Roque Carraza (1998, p. 31), o princípio jurídico "é um enunciado lógico, implícito ou explícito, que, por sua grande generalidade, ocupa posição de preeminência nos vastos quadrantes do direito e, por isso, vincula, de modo inexorável, o entendimento e a aplicação das normas

jurídicas que com ele se conectam". No mesmo sentido, Celso de Mello (1996, p. 545) entende que:

> [...] princípios são mandamentos nucleares de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas compondo-lhe o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência, exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico. É o conhecimento dos princípios que preside a intelecção das diferentes partes componentes do todo unitário que há por nome sistema jurídico positivo.

Por outro lado, as regras ou são aplicadas completamente, ou não o são: não aceitam exceções, ao passo que os princípios, sim. Estes não se excluem entre si, mas comportam exceções dentro de sua seara de aplicação (Grau, 1998, p. 89-90). A partir dessas compreensões e do reconhecimento da existência de regras e princípios enquanto espécies de normas, respeitadas as diferenças, é possível compreender a Constituição como "um sistema aberto de regras e princípios, sendo que "saber como distinguir, no âmbito do superconceito norma, regras e princípios, é uma tarefa particularmente complexa" (Canotilho, 2000, p. 1.144).

Tais princípios, por sua vez, pautam sua concretização em outros princípios ou subprincípios que se densificam, determinando seu sentido, pois a interpretação constitucional compreende a soma de diferentes particularidades. Dentre elas estão o grau de abstração, o grau de determinabilidade na aplicação do caso concreto e o caráter de fundamentalidade e de proximidade com a ideia do direito, dentre outras. A título de exemplo, o princípio do Estado de Direito busca sua densificação no princípio da constitucionalidade, no princípio da legalidade, no princípio da vinculação do legislador aos direitos fundamentais e no princípio da independência dos poderes — todos considerados princípios ou subprincípios gerais fundamentais para o ordenamento jurídico (Rodrigues, 2003, p. 215).

Demonstra-se, com isso, a importância de perceber que um sistema composto somente de regras exigiria um arcabouço legislativo exaustivo e completo, sendo necessário fixar de forma definitiva os pressupostos e os resultados das regras jurídicas positivadas para disciplinar o mundo da vida. Por derradeiro, não caberia espaço para que um sistema fosse complementado ou aprimorado, o que se chocaria com a ideia de um sistema constitucional aberto, além de comprometer proposições

equilibradas capazes de contrabalancear os valores e os interesses próprios de uma sociedade plural e igualmente aberta (Canotilho, 2000, p. 1.126).

Quanto à importância dos princípios, ressalta-se que sua individualização, enquanto normas, possibilita a realização progressiva da Constituição, acompanhando os acontecimentos fáticos ou legais — a visão principialista serve, assim, de base à concretização metódica das constituições, incluindo-se os textos pragmáticos, a exemplo da Constituição brasileira de 1988 (Canotilho, 2000, p. 1127-1128). Entende o autor, ainda, que a Constituição é formada por princípios e regras com variados graus de concretização, ou, com o mesmo sentido, de diferentes densidades semânticas, assentando-se "em princípios estruturantes fundamentais que, por sua vez, assenta-se em subprincípios e regras constitucionais concretizadoras desses mesmos princípios" (Canotilho, 2000, p. 1137).

Em outras palavras, a Constituição determina e organiza o espaço político democrático por meio de sua força organizatória, não podendo ser entendida fora da realidade política, com categorias exclusivamente jurídicas. As normas demandam um processo hermenêutico para a fixação de seu sentido e de seu alcance, pois, por mais minudente que seja uma lei, ela costuma ser formulada em termos gerais e abstratos, comportando tanto questões constitucionais como políticas (Bercovici, 2004, p. 13).

Assim, para que a Constituição consiga cumprir sua função primordial de regular um multifacetado leque de fatos e relações sociais, ainda que possua linguagem clara, sempre poderá suscitar controvérsias, sobretudo quanto ao seu alcance (Brito, 2007, p. 57-58). Ademais, para saber se uma lei tem clareza suficiente, isto é, se seu sentido corresponde à letra do texto, é imperioso conhecer seu sentido - em outras palavras, interpretar. Nesse processo de verificação de clareza não se pode dispensar a exegese, pressupondo-se, ao contrário, o seu uso preliminar, sem se descuidar da efetiva intenção do legislador, o que permite afastar expressões impróprias por meio do labor interpretativo (Maximiliano, 2002, p. 30-31).

Cumpre ainda destacar que, em muitos casos - a exemplo do que ocorre na interpretação puramente gramatical, que se assenta em conceitos unicamente contidos na norma e nas possibilidades semânticas das palavras que integram seu relato -, a atividade interpretativa pode não se configurar complexa. Já na interpretação histórica, que, por sua natureza, tem cunho subjetivo (por conter em seu núcleo o trabalho legislativo ou a intenção do

legislador), embora sejam aspectos relevantes, via de regra não são tomados como decisivos para a fixação de sentido às normas jurídicas.

No que se refere à interpretação sistêmica, esta parte da presunção de que a ordem jurídica é um sistema e, sendo assim, deve ser guarnecida de unidade e harmonia (Barroso, 2011, p. 318). Maximiliano (2011, p. 104) aponta que "consiste o Processo Sistemático em comparar o dispositivo sujeito a exegese com outros do mesmo repositório ou de leis diversas, mas referentes ao mesmo objeto". Acrescenta, ainda, que confronta-se a prescrição positiva com outra de que proveio, ou que da mesma dimanaram, o que é feito para se verificar o nexo entre a regra e a exceção, entre o geral e o particular, obtendo-se, desse modo, esclarecimentos preciosos.

Além disso, ao submeter a norma a esse tipo de exame, embora possa parecer que ela perderia sua individualidade, ocorre o contrário: ela adquire realce maior, algumas vezes inesperado, tornando o processo melhor compreendido. Como se sabe, o Direito é organizado em ramos, cada um deles com regulação própria, devendo coexistir com os demais e respeitar sobretudo a unidade que a Constituição reivindica. Por isso, entende-se que a interpretação sistemática considera que a norma não pode ser vista isoladamente, simplesmente porque o Direito existe como sistema e, para prevalecer, deve estar ordenado e sincronizado.

Ao se considerar, então, que a Constituição possui força normativa e merece ser interpretada sistematicamente com os demais ramos do Direito, os princípios, por serem também considerados normas, igualmente possuem tal força, tendo-se que eles "não permitem opções livres aos órgãos ou agentes concretizadores da constituição; permitem, sim, projeções ou irradiações normativas com um certo grau de discricionariedade, mas, sempre limitados pela juridicidade objectiva dos princípios". Desse modo, os "[…] princípios estruturantes, bem como os subprincípios que os densificam e concretizam, constituem princípios ordenadores positivamente vinculantes" (Canotilho, 2000, p. 1.147-51).

Faz-se necessário reafirmar que, no atual contexto histórico, político, social, econômico e jurídico, as normas constitucionais passaram a ocupar protagonismo que possibilita a realização das mais diversas necessidades humanas. Percebe-se, também, que isso somente foi possível a partir da aplicação harmônica das normas jurídicas, cujo cerne da atividade hermenêutica se apresenta como condição de possibilidade para resultados positivos.

Nesse sentido, o paradigma epistemológico e axiológico deste século, a ser perseguido, deve recair fundamentalmente sobre a dignidade humana e a (re)afirmação e efetividade dos direitos sociais. O direito à vida digna é a tônica a ser perseguida. Considera-se que esse fundamento ressurge do ordenamento jurídico com vistas à positivação de uma ordem não só jurídica, mas, sobretudo, moral e material, plena de valores tais que não se coadunam com uma interpretação isolada das normas envolvidas no cotidiano das relações humanas.

3.2 Uma leitura sistemática dos princípios constitucionais a partir do pensamento de J. J. Gomes Canotilho

Considerando a função essencial que os princípios exercem para o sistema jurídico e para a sociedade, resgata-se seu significado e sua conceituação, demonstrando que são fundamentais para a perpetuação das políticas públicas financeiras e tributárias, vistas aqui como primordiais para a convivência social enquanto pertencentes a um Estado Democrático de Direito. Assim, a palavra princípio se origina no latim *principium*, associando-se a ela também o primeiro momento da existência de algo ou de uma ação.

Tem, portanto, a ideia de começo, origem ou início (Dicio, 2021). Estendido para a filosofia, o vocábulo passou a ser utilizado como o fundamento do raciocínio ou a premissa maior de um silogismo (Carraza, 1993, p. 25).

Para melhor compreender, porém, a importância dos princípios constitucionais como eixos estruturantes das relações humanas, parte-se do ponto em que os princípios, sob o aspecto jurídico, estabelecem uma direção ou diretriz, de onde partem certas orientações e condutas.

Nesse sentido, Mello (1981, p. 230) classifica um princípio como sendo o "mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele". Ainda segundo o autor, trata-se de disposição fundamental que irradia sobre diferentes normas compondo-lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência, estando a serviço "exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico" (Melo, 1981, p. 230).

Bonavides (2003, p. 255) traz que o princípio seria algo que deriva da geometria, ou seja, significa as verdades primeiras. Aplicado no sentido culto ou científico, o vocábulo deve ser tomado com a ideia de

fundamento ou base do ser ou da razão (Cretella Neto, 2002, p. 03). Por questão epistemológica, o vocábulo será abordado no presente trabalho em seu aspecto científico, definido como proposição inicial que serve de fundamento para o conhecimento de determinado fato, ato ou objeto.

Dessa forma, compreende-se que os princípios servem de têmpera para se compreender, organizar e definir condutas, especialmente no que concerne à criação de mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, pois esta necessita de uma condução e sentido realizados de maneira harmônica. Isso porque se acredita que ela deva ser distribuída de forma equitativa, servindo não apenas às gerações presentes, mas também àquelas que se sucederem.

Acrescenta-se a isso que a conduta social dos homens de ontem e de hoje influencia a evolução social de cada sociedade e o modo como as políticas públicas evoluem e melhoram a qualidade de vida das pessoas. Significa que as expectativas daqueles que se sucederão muito provavelmente se apoiarão nos padrões sociais relatados pela história geracional, deixados pela geração de hoje e também pela geração passada.

Dito isso, é preciso lembrar que as ciências, naturais ou sociais, possuem seus fundamentos não em um único princípio fundante, mas em vários. Reale (2003, p. 302) sustenta que os princípios:

> são verdades fundantes de um sistema de conhecimento, como tais admitidas, por serem evidentes ou por terem sido comprovadas, mas também por motivos de ordem prática de caráter operacional, isto é, como pressupostos exigidos pelas necessidades da pesquisa e da práxis.

Com isso, quer-se dizer que, quanto ao Direito, por ser uma ciência social, vários são os fundamentos existentes para explicá-lo e compreendê-lo, podendo ser classificados com base em diferentes critérios, fins ou abrangência.

Adotando a definição de que os princípios são espécies de normas jurídicas e que servem de sustentação para uma interpretação segura dos institutos jurídicos, esse também será o norte da presente pesquisa. O texto da Constituição brasileira reafirma esse entendimento ao trazer, no enunciado de seu primeiro Título, o tema "Dos Princípios Fundamentais", indicando que eles são a direção para a interpretação da própria Constituição, conferindo coerência ao sistema constitucional de forma ampla e geral. Por isso, irradiam para os demais ramos do Direito, tornando-se inspiração para interpretações que devem estar em harmonia com o texto consittucional.

Embora exista uma pluralidade de sentidos e significados para a utilidade dos princípios, reforça-se a ideia de que a interpretação deverá fixar o sentido que melhor esteja em sintonia com o princípio que lhe for mais caro, ou seja, que "nenhuma interpretação será tida por jurídica se atritar com um princípio constitucional" (Nunes, 2002, p. 37). Por serem linhas mestras e delimitarem as diretrizes do sistema jurídico, devem ser seguidos por toda a sociedade, especial e obrigatoriamente pelos órgãos do governo e pelos demais poderes constituídos (Ataliba, 2001, p. 6-7).

Contudo, a ideia de princípio penetra no mundo jurídico por meio dos princípios gerais do Direito, chamados de princípios monovalentes da ciência jurídica, utilizados para preencher eventuais ausências de outras normas positivadas pelo Estado (Mendonça, 2002, p. 115). Em outras palavras, são normas inspiradoras no sentido de dar equidade e concretude a determinados fatos (Diniz, 2001, p. 458), ou, ainda, são considerados prescrições (comandos) de comportamento que utilizam a linguagem do Direito para (re)formular o ordenamento jurídico e a jurisprudência (Grau, 1998, p. 77).

Por isso, defende-se que um sistema constitucional deve ser aberto, sendo imperativo de certos legalismos, de introdução de conflitos e do balanceamento tanto de valores como de interesses próprios de uma sociedade que se diz plural e igualmente aberta. A abertura das normas constitucionais confunde-se, por vezes, com a abertura da Constituição, embora possuam conceitos distintos ou de diferentes níveis, como explica Canotilho (2000, p. 1.144):

> (1) abertura horizontal, para significar a incompletude e o caráter "fragmentário" e "não codificador" de um texto constitucional; (2) abertura vertical, para significar o caráter geral e indeterminado de muitas normas constitucionais que, por isso mesmo, se "abrem" à mediação legislativa concretizadora.

Entende-se que essa distinção, ainda que principialista, é de fundamental importância, não apenas por permitir a solução de problemas como a colisão de direitos fundamentais, mas porque "permite respirar, legitimar, enraizar, e caminhar o próprio sistema". Ressalta-se que a individualização dos princípios, vistos como normas, possibilita a realização gradativa da Constituição, acompanhando acontecimentos fáticos ou legais, servindo essa visão de base à concretização metódica da Constituição (Canotilho, 2000, p. 1.144).

A partir dessas considerações, Canotilho passa a tratar da tipologia dos princípios e das regras. No entanto, para o presente trabalho, interessam apenas os princípios, pois se entende que o Estado Democrático de Direito deriva da junção necessária entre os princípios tidos como Democráticos e o Estado de Direito, considerados princípios estruturantes ou basilares (Nunes, 2002, p. 40).

Do resultado desse princípio estruturante se extraem outros princípios, comumente chamados de gerais, como, por exemplo, o princípio da soberania popular e o da dignidade humana. São indicativos de que o Sistema Constitucional brasileiro tem no princípio estruturante do Estado Democrático de Direito o reconhecimento da dignidade humana como elemento fundamental legitimador do sistema jurídico nacional, conforme estabelecido pela ordem democrática constitucional (art. 1º, Constituição Federal) (Nunes, 2002, p. 40). Por isso, a solução das divergências deve ser pautada pela realização da dignidade humana, sempre respeitando-se também o princípio da proporcionalidade (Guerra, 1999, p. 59).

Canotilho (2000, p. 1128-1131) defende, então, a existência de princípios jurídicos fundamentais, princípios políticos constitucionalmente conformadores, princípios constitucionais impositivos e princípios-garantia. Em relação aos primeiros, entende que se consideram "[…] os princípios historicamente objectivados e progressivamente introduzidos no texto constitucional […]" (Canotilho, 2000, p. 1.128). Esses fazem parte do ordenamento jurídico positivo, tornando-se elemento de fundamental importância para interpretar, integrar, conhecer e aplicar o direito positivo, por meio de uma dupla dimensão, negativa e positiva (Canotilho, 2000, p. 1.129).

Quanto à dimensão negativa, esta revela sua importância para situações extremas, como as que contrapõem o Estado de Direito ao Estado de Não-Direito, ou o Estado Democrático à Ditadura, por exemplo, além de demonstrar sua importância para coibir o excesso de poder, mesmo em Estados Democráticos. Em relação à sua função positiva, exemplifica-a a partir do princípio da publicidade dos atos jurídicos e do princípio de acesso ao Direito e aos tribunais, tomando emprestado, logicamente, o texto da Constituição Portuguesa (Canotilho, 2000, p. 1.128-29).

Ademais, quanto aos exemplos, cabe notar que alguns princípios contemplam ambas as dimensões, tanto a negativa quanto a positiva. Cita, para tanto, o princípio da proibição de excesso, que necessita não somente de uma proibição do arbítrio, mas também de imposições positivas, como

a exigibilidade, a adequação e a proporcionalidade dos atos públicos em relação aos seus fins. O mesmo ocorre com o princípio da imparcialidade, o qual, simultaneamente, proíbe o tratamento desigual por parte dos agentes públicos, exigindo, por meio de critérios uniformes de ponderação dos interesses públicos, a igualdade de tratamento e de direitos aos cidadãos (Canotilho, 2000, p. 1.129).

Ao referenciar os princípios políticos constitucionalmente conformadores, Canotilho os designa como "princípios constitucionais que explicitam as valorações políticas fundamentais do legislador constituinte", ou seja, entendidos como aqueles referentes à forma do Estado, à definição da estrutura do Estado, à estrutura do regime político, à caracterização da forma de governo e à organização política em geral (Canotilho, 2000, p. 1129-30). Assim como ocorre com os princípios jurídicos fundamentais, devem sempre ser levados em conta por todo e qualquer órgão encarregado de aplicar o direito, seja em atividades meramente interpretativas ou em atos conformadores, tanto legislativos como executivos, pois é isso que oferece conformação à vida em sociedade.

No que concerne aos princípios constitucionais impositivos, nestes "subsumam-se todos os princípios que impõem aos órgãos do Estado, sobretudo ao legislador, a realização de fins e execução de tarefas". A esses se refere como princípios dinâmicos orientados para um fim, conhecidos também como preceitos definidores dos fins do Estado, princípios diretivos fundamentais, ou normas pragmáticas, igualmente definidoras de fins ou tarefas (Canotilho, 2000, p. 1.130).

Em relação aos princípios-garantia, sustenta haver princípios que buscam, de forma direta e imediata, uma garantia dos cidadãos, sendo-lhes "atribuída uma densidade de autêntica norma jurídica e uma força determinante, positiva e negativa". Exemplifica o ponto a partir da Constituição portuguesa, trazendo os exemplos do "princípio de *nullum crimen sine lege* e de *nulla poena sine lege* […], do princípio do juiz natural […], dos princípios de *non bis in idem* e *in dúbio pro reo* […]" (Canotilho, 2000, p. 1.131).

Essa dinâmica apontada pelo autor retrata a contínua transformação das técnicas interpretativas e da produção do Direito, sobretudo ao considerar a dinâmica da construção da vida em sociedade. Por isso, cumpre ainda anotar que Canotilho entende ser a Constituição formada por princípios e regras de diferentes graus de concretização, ou, com o mesmo sentido, de diferentes densidades semânticas, assentando-se "em

princípios estruturantes fundamentais que, por sua vez, assentam-se em subprincípios e regras constitucionais concretizadoras desses mesmos princípios" (Canotilho, 2000, p. 1.137). Eles dão a tônica e o sentido para o sistema funcionar perfeitamente.

Dessa forma, embora graduados por diferentes níveis de abstração, tanto os princípios quanto as regras possuem o objetivo de formar uma unidade material para compor a Constituição. E essa Constituição, tida aqui como escrita (a exemplo da brasileira), torna-se "a ordem jurídica fundamental de uma comunidade"; logo, o Direito Constitucional positivo é norma jurídica e, consequentemente, possui força normativa. O efeito normativo pressupõe a realização da norma constitucional por meio de sua aplicação-concretização aos problemas carecedores de decisão; portanto, a normatividade "não é uma qualidade da norma, mas sim, efeito do procedimento metódico de concretização" (Canotilho, 2000, p. 1.166).

Cabe destacar que a concretização da norma constitucional não se confunde com a interpretação constitucional, conforme explica Canotilho, porquanto esta consiste em atribuir um significado a um ou vários símbolos linguísticos escritos na Constituição, com o fim de se obter uma decisão de problemas práticos normativo-constitucionalmente fundada. Segundo o autor, existem três facetas da interpretação constitucional: (1) interpretar a constituição significa procurar o direito contido nas normas constitucionais; (2) investigar o direito contido na lei constitucional implica "uma actividade - actividade complexa - que se traduz fundamentalmente na adscrição de um significado a um enunciado ou disposição linguística (texto da norma)"; (3) "o produto do acto de interpretar é o significado atribuído" (Canotilho, 2000, p. 1.164-5).

Pressupõe-se que o puro ato de interpretar exige a pré-existência da norma constitucional válida, buscando tão somente atribuir-lhe o sentido, ou seja, dar-lhe um significado. O autor não nega a importância da interpretação; muito pelo contrário, percebe-a como indispensável à metódica jurídico-constitucional, esta última que constitui um método de concretização da norma que vai além da interpretação (Freitas, 2016, p. 160).

Trata-se de uma teoria que se preocupa com a tarefa de justificação e concretização das normas, inserindo-se no reconhecimento de problemas normativos, cujo aspecto a ser observado é a relação existente entre Direito e realidade social. Tudo isso se deve ao fato de que esses elementos são o fundamento justificador para a utilização do método indutivo normativo-

estruturante da norma, por intermédio de sua concretização (Freitas, 2016, p. 162).

Quanto à concretização da Constituição, esta seria o produto do "processo de densificação de regras e princípios constitucionais". Por essa razão, a concretização das normas constitucionais provoca "um processo que vai do texto da norma (do seu enunciado) para uma norma concreta – norma jurídica – que, por sua vez, será apenas um resultado intermédio, pois só com a descoberta da norma de decisão para a solução dos casos jurídico-constitucionais teremos o resultado final da concretização" (Canotilho, 2000, p. 1165). Trata-se, portanto, de um trabalho técnico cujo procedimento se constitui na estruturação da normatividade jurídica.

Percebe-se, dessa forma, que existe uma distinção entre a norma e o simples texto escrito, devendo-se considerar todo e qualquer enunciado que faça parte de determinado texto normativo, assim como nexos históricos, políticos e sociológicos para a formulação (densificação) da norma, pois a normatividade parte de um processo complexo que não se resume ao texto legal. Assim, a aplicação do Direito deve ser tomada como um processo minucioso que envolve vários elementos e variados atores, separando fatos da vida, textos legais e normatividade, tudo para que se alcance o fim último do Direito, que é a justiça, seja ela social ou material (Freitas, 2016, p. 163).

A existência da norma não depende da existência de disposição, podendo ocorrer apenas em nível constitucional, naqueles casos de normas sem disposição, isto é, sem um enunciado linguístico — o que implica que, algumas vezes, os princípios constitucionais "não estão formulados ou enunciados em qualquer disposição nem resultam da combinação de várias disposições", devendo, ainda assim, ser considerados princípios gerais normativamente vinculantes (Canotilho, 2000, p. 1170). Decorre disso a necessidade de afirmar que é tarefa de uma metódica racional examinar e compreender até que ponto a normatividade e a visão estruturante da norma devem ser consideradas reciprocamente condicionantes.

Isso se deve ao fato de a tarefa de interpretação ser considerada elemento que integra o processo de construção normativa para além da eliminação de obscuridades, ou seja, ela deve estar a serviço das necessidades universais, valoradas segundo a ordem constitucional, e atender às fases evolutivas da sociedade (Freitas, 2016, p. 164). Devem estar especialmente imbricadas com as necessidades humanas; do contrário, de nada serviriam.

De qualquer sorte, os princípios tidos como implícitos devem encontrar seus limites e fundamentos no texto escrito, não podendo se constituir, portanto, em simples conjecturas sem qualquer respaldo na Constituição positivada (Rodrigues, 2003, p. 220). Ressalta-se que isso não implica a necessidade de serem retirados exclusivamente do texto constitucional, pois podem também ser extraídos de outros princípios, cujo adensamento ou concretização buscaria reforço junto às regras constitucionais.

Acrescenta-se, ainda, que o papel do Direito Constitucional é de integração com os demais programas e normas, ou seja, é o "Direito Constitucional a parcela da ordem jurídica que rege o próprio Estado enquanto comunidade e enquanto poder". Assim, caracteriza-se pelo "conjunto de normas (disposição e princípios) que recortam o contexto jurídico correspondente à comunidade política como um todo e aí situam as pessoas e os grupos uns em face dos outros e frente ao Estado-poder" (Miranda, 1997, p. 13).

Por essa assertiva, tem-se que a Constituição possui pressupostos de criação, vigência e execução das normas do resto do ordenamento como elemento de unidade, irradiado por meio dos princípios constitucionais. Nesse sentido, o Direito também sofre influências externas, como é o caso da política, que convive em constante simbiose com aquele. Embora ambos encontrem legitimidade na Constituição - na sua concretização jurídica (interpretação das normas e integração de lacunas) e na sua concretização política (desenvolvimento de seus princípios e normas no âmbito da liberdade de opção do legislador) -, são interdependentes (Andrade, 1987, p. 137).

Em síntese, é possível atualizar o sistema legal sem a necessidade de grandes alterações legislativas, justamente porque um sistema admitido como aberto se sustenta tanto no modo axiológico quanto no valorativo. Ainda, a Constituição brasileira elenca um extenso rol de princípios jurídicos, entre os quais não é possível estabelecer hierarquia de forma absoluta, justamente pela dificuldade de catalogar de forma completa e exaustiva todos os princípios, inclusive os implícitos.

Não obstante, o texto da Constituição sinaliza certa ordem de preferência entre os princípios, ainda que essa preferência seja relativa ou branda (Alexy, 2002, p. 157). Nessa medida, ao se observar que a Constituição Federal, em seu artigo 1º, determina os fundamentos da República Federativa do Brasil, bem como estabelece seus objetivos

fundamentais, expressos no artigo 3º, e ainda prescreve que algumas normas sejam consideradas cláusulas pétreas, como previsto no artigo 60, § 4º, não paira dúvida de que se tem uma indicação branda de preferência de certos princípios e regras, cujos valores que os veiculam são tidos como os mais importantes.

3.3 Interconexões entre os princípios constitucionais da federação, da cooperação, da solidariedade, da moralidade e da justiça social com as políticas de financiamento público da saúde no âmbito municipal

A abertura do sistema jurídico, por intermédio dos princípios constitucionais, estabeleceu novos desafios neste último século. Sua consistência se estabeleceu ao dar eficácia ou efetividade às normas principiológicas de menor densidade semântica, que poderiam dificultar a visualização do comportamento devido nos casos concretos em que teriam incidência.

Além disso, ao se considerar os princípios espécies de normas jurídicas, destacam-se outras questões relacionadas à sua imperatividade, quanto ao cumprimento ou descumprimento e quanto às consequências que podem representar no caminho da concretização da justiça social, com as políticas de financiamento público da saúde no âmbito municipal. Não raras as vezes, as normas programáticas não são implementadas pelo Estado, seja por ausência de vontade política, por falta de condições econômicas ou por eventos imprevisíveis.

Por tais razões, entende-se que o caminho para a solução da sustentabilidade do sistema público de saúde é o de correlacionar os princípios constitucionais da federação, da cooperação, da solidariedade e da justiça social com as políticas de financiamento público da saúde no âmbito municipal. Trata-se de fixar parâmetros para concretizar o projeto nacional de desenvolvimento, o que demonstra claramente um modelo de cooperação vertical, pensado a partir de normas constitucionais e infraconstitucionais que ditam a repartição de competências dos entes federados para fazerem frente às necessidades sociais, demonstrando que existe assimetria e que sua correção exige cooperação, apresentando-se essa como a melhor forma de amenizar a redução das desigualdades sociais (Bonavides, 1996, p.361).

Ao se ter presente que o texto leva a efeito questões financeiras e tributárias para a sustentabilidade da saúde pública, é importante referir que, no Brasil, vige o modelo de federalismo cooperativo de caráter vertical, presente especialmente na repartição de receitas tributárias e na fixação de incentivos fiscais - estes tidos como forma indireta de cooperação, que reforça a assimetria ao reconhecer que a superação das desigualdades sociais seria alcançada pelas definições da política tributária, que determina e cria diferenciações em prol de um desenvolvimento equilibrado, a exemplo do previsto no artigo 43 da Constituição Federal (Ramos, 2000, p. 32).

A estrutura do sistema federalista vertical acompanha essa norma, tornando-a efetiva mediante o estabelecimento de normas tributárias que positivam constitucionalmente os ditames gerais da política nacional de desenvolvimento, em que, em tese, na assimetria, o dinheiro público deve ser distribuído de forma desigual visando gerar futura igualdade e justiça social. A cooperação se fixa nesse processo, abarcando os objetivos do artigo 3º da Constituição Federal; no entanto, exige-se seu aprimoramento, por não prever a possibilidade de cooperação horizontal como meio mais eficaz à concretização dos preceitos constitucionais (Brasil, 1988).

Outra questão que merece ser elencada diz respeito à aplicação do princípio da subsidiariedade, que se apresenta como eficaz instrumento diante da descentralização existente no modelo de federalismo vertical em relação aos entes municipais. Baracho (1997) compreende que o dinamismo do federalismo está relacionado com a subsidiariedade e com a autonomia necessárias a assegurar a paz e a liberdade para os Estados, transferida preferencialmente da esfera maior para a menor, no sentido de que estas possuem maior probabilidade de eficácia, por estarem mais próximas dos cidadãos.

Conforme entendem Tipke e Lang (2008), "o princípio do Estado Social serve de justificação de normas tributárias, que apoiam o equilíbrio social e tomam em consideração os interesses das camadas econômicas mais fracas da população". Assim, ainda que se aceite que a cooperação tributária e financeira esteja inserida no contexto do federalismo vertical, é possível defender sua orientação em favor do federalismo cooperativo horizontal - embora implícito no texto constitucional -, o que não corresponde à defesa de uma ideia absurda, uma vez que se coloca com naturalidade na perspectiva social e econômica brasileira, alinhando-se aos preceitos republicanos e ao contexto da autonomia municipal conferida pela norma constitucional.

Hermany (2007, p. 250) defende o problema da autonomia do poder local como espaço de articulação da cidadania e de construção do Direito Social, reafirmando a posição do Município como espaço que privilegia a execução das políticas públicas definidas em parceria com a sociedade. Por isso, a partir de tal assertiva, deve ser inserida a possibilidade de mecanismos eficazes que ampliem a cooperação federativa horizontal, potencializando os recursos públicos já escassos, especialmente os destinados à prevenção e à promoção da saúde.

Por essa razão, o livro busca mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, reconhecendo a existência do modelo de federalismo cooperativo vertical e do princípio da subsidiariedade, que permite autonomia dos entes federados mediante a descentralização de recursos, possibilitando a concretização do bem comum. Todavia, defende-se que o modelo pode ser potencializado quanto à sua aplicação prática, na medida em que as ações governamentais se encontram desconformes com a realidade social e política. Isso leva ao entendimento de que a cooperação federativa horizontal pode ser o melhor caminho para apoiar o equilíbrio social e preservar os interesses das camadas econômicas mais fracas da população quanto à sustentabilidade da saúde pública (Tipke, 2008, p. 261).

O processo de redemocratização, iniciado na década de 1980 na América Latina, foi o impulso necessário também para a descentralização política, fiscal e administrativa do Estado, resgatando os preceitos do federalismo e alinhando-se ao compromisso de trazer melhorias aos serviços públicos, promover distribuição de renda e garantir igualdade a todos. Produziu-se a ideia de que os Estados Federados conseguiriam níveis comparativamente menores de gasto social, bem como haveria diminuição da abrangência e da cobertura dos programas sociais.

Esses Estados, ainda, tenderiam a tornar mais difíceis os problemas ligados à coordenação dos objetivos das políticas, impedindo a superposição de competências e competições entre os diferentes níveis governamentais. Isso ocorre porque haveria uma dispersão da autoridade política e maior consistência nas decisões internas de cada nível governamental (Arretche, 2006).

Decorre disso, pois, a avaliação de que, sob o prisma do modelo de federalismo vertical vigente, a Constituição descentralizou encargos, mas não descentralizou receitas suficientes para produzir os efeitos esperados pela literatura sobre o federalismo e as políticas públicas. O

que de fato se consolidou foi a concentração dos recursos na esfera central do governo e enormes desigualdades territoriais quanto à provisão de serviços e à capacidade interna própria de cada ente federado, sem contar que a capacidade de coordenação das políticas públicas descentralizadas, especialmente na área social, deriva pouco das obrigações constitucionais, e muito mais da forma como foram estruturadas historicamente.

Estabelecido pelo texto constitucional, o federalismo no Brasil passou a representar o ápice de um processo de descentralização política e fiscal que teve como maior beneficiário os Municípios, os quais conquistaram maior participação na distribuição das receitas públicas, sobretudo pelas transferências intergovernamentais dos Estados e da União. A descentralização, ocorrida a partir dos anos 80, propiciou maior capacidade de arrecadação por parte de Estados e Municípios, embora tenha beneficiado as unidades com maior capacidade de gerar riqueza, o que acarreta distorções e desigualdades regionais até os dias atuais (Ferreira Filho, 1997).

Embora a União esteja encarregada do financiamento e da formulação das políticas nacionais de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais, isso não significa que as políticas públicas adotadas pelos governos locais não possam ser implementadas. A questão central é que a maioria dos Municípios é dependente das transferências de recursos intergovernamentais, com destaque para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), representado por parcelas dos dois principais tributos nacionais - o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) -, repassados pela União aos entes subnacionais, com perspectiva redistributiva, conforme previsão do artigo 159 da CF, para implementar as escolhas dos governos locais, o que afeta diretamente a dignidade humana quando há insuficiência de cobertura (Brasil, 1988).

Ainda, a estrutura federativa no Brasil foi escalonada de forma tripla e conferiu capacidade organizativa até então sem previsão, o que determinou também a inclusão da repartição das receitas tributárias, na qual prevalece a ideia do federalismo vertical relacionado com a subsidiariedade. Nesse sentido, observa-se, ainda, que o federalismo fiscal não trouxe exatamente os efeitos esperados, conforme já mencionado, especialmente quanto à diminuição das desigualdades regionais e sociais, sem contar os efeitos negativos sobre as receitas e os gastos públicos, contrariando a literatura e o discurso da época, já que a ideia de que o Município pode realizar tudo que lhe for demandado não subsiste, haja vista que sua realização depende

de sua capacidade financeira, e os entes federados superiores não assumem aquelas tarefas de perspectiva e dimensão nacional e regional.

Disso decorre que a descentralização fiscal não foi seguida pela descentralização de competências sobre as políticas públicas, estabelecidas no texto constitucional como concorrentes, porém implementadas sem a coordenação intergovernamental que era esperada, ocasionando distorções, sobreposições e, em outros casos, ausências, remetendo à lógica de que o princípio da subsidiariedade não contempla a diversidade existente entre os Municípios. Indica-se que o ideal é a adequação das políticas públicas sob um modelo cooperativo horizontal, a fim de respeitar essa diversidade existente no país (Bercovici, 2004).

Cabe reforçar que, no Brasil, os princípios pelos quais o Estado brasileiro se rege em suas relações internacionais estão previstos no artigo 4º da Constituição Federal, sendo que tal dispositivo não se aplica às relações internas. Porém, o termo cooperação vem de cooperar que, segundo o Dicionário da língua brasileira (Dicio, 2020), significa "operar juntamente com alguém; contribuir ajudando, auxiliando outras pessoas; colaborar", e o termo progresso, ao se referir à humanidade, também pode ser entendido como a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Inclui-se, ainda, a paz e a redução ou eliminação das desigualdades sociais e econômicas.

Para Freitas (2016, p. 79), o que caracteriza uma sociedade cooperativa é a "coexistência de elementos não econômicos", ou seja, seu sucesso não depende exclusivamente de um bom desempenho econômico, mas sim, principalmente, "dos resultados humanos a que a atividade fim conduz". Para o autor, "as práticas de cooperação possibilitam uma vivência e alteração no mundo dos fatos, de forma democrática e participativa, de modo a fomentarem o desenvolvimento sempre tendo como norte o interesse e o bem comum".

Para tal finalidade, dispõe o parágrafo único do artigo 23 da Constituição Federal que "Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios", com o objetivo de garantir o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional. Ainda, dispõe o caput do artigo 174 da Constituição Federal que, "como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado" (Brasil, 1988).

Vale lembrar que, de forma individual, cada unidade da federação deve buscar o bem-estar de sua população, o que, se realizado sem diretrizes coordenadas, tende a descarrilhar, pois a busca pelo desenvolvimento implica diretrizes voltadas à melhoria ou estabilidade da qualidade de vida das populações em toda a federação. Segundo os dispositivos constitucionais citados, fica absolutamente claro que esse papel é de competência da União, isso porque, dentro de um federalismo cooperativo, o ente supremo deve mediar, por Lei Complementar, as relações entre os demais entes federados, almejando garantir o equilíbrio entre todos. Além disso, tem-se no Federalismo Cooperativo, previsto no ordenamento jurídico brasileiro (mais especificamente no princípio da solidariedade federativa entre os entes da federação brasileira), uma forma de amenizar as dificuldades de viabilidade financeira dos entes com menor capacidade de arrecadação, ou até de proporcionar soluções eficientes para os problemas daí advindos.

Ainda, no âmbito da solidariedade federativa, tem-se que a União é o ente federado com maior arrecadação e, consequentemente, com maior orçamento para promover ações em saúde, bem como em todas as demais áreas. O direito à saúde se constitui direito fundamental, tutelado de forma expressa na Carta Constitucional, cujo fundamento se pauta no princípio da dignidade humana, consagrando-se como um dos pilares da República Federativa do Brasil. Torna-se evidente que a descentralização fiscal reforça a necessidade de prevalecer o princípio da solidariedade entre os entes federados, para oportunizar aos Municípios melhor desempenho quanto ao investimento em políticas públicas de saúde.

Também significa dizer que o modelo até aqui adotado de federalismo vertical não está dando conta das demandas da atual sociedade brasileira. Por isso, há de se considerar também a presença do princípio da autonomia local dos Municípios, consagrado na Constituição Federal, como se depreende da leitura combinada dos artigos 1º, 18, 34, inciso VII, alínea "e", estando, inclusive, articulado com o princípio da subsidiariedade, ainda que implícito na ordem constitucional, demonstrando que a questão da autonomia dos entes federados está disposta em segmentos, embora sistematicamente aberta, permitindo sua conjugação com os demais princípios constitucionais (Hermany, 2012, p. 99-100).

Diante disso, busca-se, no texto constitucional, elementos que delimitem o agir do Estado e de seus agentes políticos, principalmente na seara da arrecadação e da destinação de valores junto ao seu povo, além dos fundamentos que embasam os argumentos da obra. Lembra-se aqui

sempre o primordial: o Estado somente deveria existir em razão das pessoas que habitam o seu território, inclusive as que nele estão ou as que vierem a se estabelecer, pois, como visto, tudo começa pela República. Cada pessoa é parte da origem do poder estatal, e cada uma deve ser destinatária de suas ações, de onde parte a ideia de que tudo o que atentar contra a ordem republicana pode, até, buscar guarida na legalidade, mas não a encontrará na imoralidade.

O bem-estar que deve ser ofertado a todos, sob a visão de bem comum e de justiça social, exige, portanto, a percepção das diferenças sociais e regionais e das formas de reduzi-las, assim como, nos exatos termos do citado inciso III do artigo 3º do texto constitucional, a erradicação da pobreza e da marginalização deve nortear a interpretação do teor constitucional e, por óbvio, dos regramentos infraconstitucionais que também embasam o presente livro (Brasil, 1988). Portanto, pensar atualmente sobre as políticas públicas financeiras e tributárias municipais e sua necessária sustentabilidade representa indagar sobre as alternativas existentes em relação à realidade dos Municípios brasileiros, sobre aquilo que, inclusive, ainda não é real, mas que depende de receber novo sentido para que possa sê-lo num futuro próximo. Pensar propostas de solução para as políticas públicas financeiras e tributárias municipais de saúde pública, a partir do arcabouço constitucional, é traçar perspectivas da realidade atual que permitam separar o impossível do possível, preservando sua força regulatória para uma sociedade pluralista e em desenvolvimento contínuo.

3.4 Harmonização do princípio da justiça social com a instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável das políticas públicas locais de saúde pública

Extrai-se do texto da Constituição que as relações entre os entes federados devem ser harmoniosas e pacíficas, devendo o direito à dignidade ser assegurado a todos os brasileiros indistintamente. Por tal afirmação, exige-se que cada ente respeite mutuamente os demais e que não satisfaça suas necessidades às custas dos outros. Solidária, portanto, é a sociedade que, percebendo-se como interdependente e com objetivos comuns, coopera e atinge os níveis de bem-estar e justiça social esperados por todos.

O termo justiça social comporta inúmeras definições. Para Rawls (1999, p. 205), a justiça é definida como "justiça como equidade". Quanto aos aspectos da tributação, destaca dois aspectos fundamentais: a tributação

extrafiscal (que trata dos impostos progressivos com o objetivo de corrigir a distribuição da riqueza e impedir a concentração do poder); e a tributação fiscal, referente à capacidade de arrecadação de recursos necessários pelo Estado para a consecução da Justiça, sugerindo uma tributação proporcional e equilibrada sobre os bens de cada um.

Na visão de Von Hayek (1977, p. 211), a justiça social é impossível de ser medida, porque não existe teste capaz de aferir o que é socialmente injusto, isso porque, para ele, não há regras de conduta individual e de mercado capazes de garantir às pessoas e aos grupos uma posição distinta que a todos parecesse justa. A justiça social não pertence à categoria do erro, mas à do não senso, como a expressão pedra moral.

Em apartada síntese, apresenta-se o entendimento de Carlos Araújo Loenetti (2002, p. 224), que aponta que a justiça social somente ocorre se praticada respeitando-se "os ônus e os bônus do todo social (repartidos entre todos), de acordo com critérios previa e democraticamente definidos e segundo a capacidade de cada um" e enquanto "é assegurado a cada pessoa o mínimo indispensável a uma vida digna". Ambos os preceitos devem ser aplicados simultaneamente na busca da justiça social, como pilar do Estado democrático brasileiro.

A partir desse raciocínio, a atuação da União (em sua função de coordenação e harmonização do Estado) deve ser compreendida como ferramenta de fortalecimento do pacto federativo, e não o contrário. Deve-se ter presente que o pacto se firmou pela promulgação da Constituição, encontrando reforço no caput do artigo 174, que determina ser o Estado o agente normativo e regulador da atividade econômica. Além disso, esse planejamento, segundo o § 1º do mesmo artigo, deve servir de base e diretriz para um desenvolvimento nacional equilibrado, incorporando e compatibilizando planos nacionais e regionais de desenvolvimento (Brasil, 1988).

Nesse sentido, insere-se a harmonização do princípio da justiça social com os mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, tendentes ao cumprimento da função social do Município. Ao se defender a existência de um princípio constitucional implícito, denominado por Rodrigues (2003, p. 228) como "tendente à harmonização solidária das políticas públicas tributárias municipais", e reconhecendo-o como princípio constitucional delimitador das ações voltadas ao cumprimento da função social dos Municípios, verifica-se a existência constitucional, e sustenta Rodrigues (2003, p. 228)

que "o federalismo somente pode funcionar se baseado em relações de harmonia e cooperação entre suas partes componentes".

Assim, pode-se dizer que os princípios constitucionais do direito financeiro e tributário (princípios gerais fundamentais) auxiliam na densificação ou concretização do Estado de Direito (princípio estruturante), pois complementam sua função por meio da concretização legislativa e jurisprudencial (Canotilho, 2000, p. 1.139). Dentre eles, destaca-se o princípio da capacidade contributiva, previsto no artigo 145, §1º, da CF de 1988, que estabelece que "sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte" […] (Brasil, 1988). Embora existam controvérsias quanto à pessoalização do contribuinte e à sua capacidade contributiva, cumpre ressaltar que a inobservância de tal regra pode ser objeto de controle de constitucionalidade, tanto por ADIN ou ADC quanto em ações difusas.

O princípio da legalidade ou da reserva legal, previsto no artigo 150, inciso I, da Constituição, determina que "é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça" (Brasil, 1988). Trata-se do princípio da legalidade tributária, cuja característica principal é limitar a atuação do poder de tributar dos entes públicos em favor da justiça social e da segurança jurídica dos contribuintes, ou seja, em via de regra geral, "significa que a tributação deve ser decidida não pelo chefe de governo, mas, sim, pelos representantes do povo, livremente eleitos para fazer leis claras" (Coelho, 2010, p. 173).

Seguindo a mesma linha, encontram-se o princípio da irretroatividade, previsto no artigo 150, inciso III, alínea "a", e o da anterioridade, na alínea "b", da Constituição Federal. Por eles, nenhum tributo será cobrado, em cada exercício financeiro, sem que a lei que o criou, ou majorou, tenha sido publicada anteriormente ao início de sua cobrança ou ao término do exercício precedente (Brasil, 1988). Observa-se, nesses princípios, a preocupação em resguardar a segurança jurídica que envolve a relação tributária, obrigando o Estado a aguardar o exercício financeiro seguinte para cobrar tributo criado ou majorado, só podendo produzir efeitos imediatos caso a lei extinga, reduza o gravame ou não provoque onerosidade ao contribuinte (Sabbag, 2010, p. 23).

Também fazem parte do rol dos princípios constitucionais tributários o princípio da liberdade de tráfego, pelo qual é proibido limitar o tráfego de pessoas ou bens por meio de tributos (ressalvada a exceção da cobrança de pedágio). Vê-se também o princípio da transparência dos

impostos, previsto no artigo 150, §5º, que estabelece a necessidade de transparência e clareza quanto aos tributos (Brasil, 1988).

Nesse sentido, percebe-se que o ordenamento jurídico brasileiro, especialmente o sistema constitucional, tido como "a ordem jurídica fundamental de uma comunidade", compõe-se de um sistema aberto de regras e princípios que se inter-relacionam de forma a se complementarem (Canotilho, 2000, p. 1.139). Pode-se dizer que os princípios constitucionais tributários possuem força normativa, sendo que eles não permitem opções livres aos órgãos ou agentes concretizadores da constituição, mas, por outro lado, permitem projeções ou irradiações normativas com um certo grau de discricionariedade (Canotilho, 2000, p. 1.147-51).

Vale ainda reforçar e relembrar que há um significativo percurso transcorrido nas últimas décadas em favor da efetivação dos direitos fundamentais, embora muito ainda deva ser reafirmado e cumprido em favor de sua efetividade, para que se alcance a robustez das instituições democráticas, assim como a consolidação de um Estado de bem-estar social. Reafirma-se, para um pós-pandemia, a necessidade de buscar, por meio da teoria e da prática, ainda que se tomem emprestados conceitos fundantes de outras áreas do direito, a conciliação entre crescimento econômico, desenvolvimento humano e preservação da vida.

Com base no sistema federativo nacional, a União possui a obrigação de intervir para coordenar e harmonizar as relações entre os entes da federação. Fá-lo-á de forma a cumprir aquela que se entende como a principal obrigação do Estado, ou seja, o bem comum, cujo sentido ora se conjuga com a realização da dignidade humana, independentemente do local em que se resida, buscando-se, dessa forma, a realização da justiça social.

Percebe-se, com isso, que a harmonização das políticas públicas tributárias com o princípio federativo não é mera abstração, mas sim fruto da concretização dos mandamentos constitucionais. Desde o preâmbulo constitucional, percebe-se que os objetivos e fins direcionam e auxiliam a densificação de outras normas constitucionais, dentre elas as referentes à dignidade humana, à solidariedade social, à cooperação e à coordenação da federação pela União, encontrando reforço no artigo 4º, IX (Brasil, 1988).

Assim sendo, tem-se que a Constituição obriga que as relações entre os entes federados sejam harmoniosas e pacíficas, devendo o direito à dignidade ser assegurado a todos os brasileiros, indistintamente. Por tal afirmação, exige-se que cada ente respeite a dignidade dos demais e que

não satisfaça suas necessidades às custas dos outros. Solidária, portanto, é a sociedade que, percebendo-se como interdependente e com objetivos comuns, coopera e atinge os níveis de bem-estar por todos esperados.

Esse posicionamento se mostra relevante, pois, como escreve Carrazza (2013, p. 71), o "Governo deve, numa República, ser representativo de todos os segmentos do povo". E deve buscar, acima de tudo, o seu bem-estar, conforme, aliás, a máxima da antiga Roma, conforme afirma Carrazza (2013, p. 71) "que o bem-estar do povo seja a lei suprema". Nesse sentido, "numa república todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei, sem distinção de condições sociais e pessoais" (Carraza, 2013, p. 67).

Nota-se que a compreensão do princípio da igualdade também é fundamental, pois, ao se perceber em tal afirmação a referência à igualdade formal, esta não pode ser dissociada do conteúdo do inciso III do artigo 3º, também da Constituição Federal, segundo o qual o princípio da igualdade pressupõe o tratamento igual dos iguais e desigual dos desiguais (Brasil, 1988). Isso implica a absoluta necessidade de perceber que a lei, perante a qual todos devem ser tratados de forma igual, possui conteúdos que trazem diferenciações entre os diferentes, criando, assim, patamares de desiguais compostos por iguais apenas entre si.

Presume-se, então, que a igualdade formal prescinde da igualdade material, pois os conteúdos legais devem traduzir a ideia de bem-estar presente no princípio republicano. O bem-estar deve ser proporcionado a todos sob a visão de bem comum. Exige-se, portanto, a percepção das diferenças sociais e regionais, bem como das formas de reduzi-las, assim como, nos exatos termos do citado inciso III do artigo 3º da Constituição, "a erradicação da pobreza e da marginalização" deve nortear a interpretação do teor constitucional e, por óbvio, dos regramentos infraconstitucionais que também embasam a presente obra (Brasil, 1988).

Além disso, torna-se perceptível que a Constituição determina que o sistema econômico vigente é o capitalista. Para tanto, basta percorrer seu texto: já no primeiro artigo, o leitor se deparará com a livre iniciativa como fundamento principiológico.

Na sequência, no inciso III do artigo 3º, tem-se a exigência da redução das desigualdades sociais (e não da eliminação), o que pressupõe a existência ou a autorização de classes sociais distintas. Além disso, a propriedade privada é direito individual fundamental, nos expressos termos do inciso XXII do artigo 5º, e a livre concorrência é apontada pelo

inciso IV do artigo 170. Por fim, o artigo 173 é taxativo ao dizer que, excetuados os casos previstos pela própria Constituição, "a exploração de atividade econômica pelos Estados só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei" (Brasil, 1988).

Parte-se do pressuposto, então, de que o Brasil não é um Estado Social, mas sim um Estado com economia liberal que desempenha função social, o que leva ao entendimento de que essa contradição não é meramente aparente, pois a ideia de Estado mínimo, quanto à exploração direta da atividade econômica, não implica necessariamente a impossibilidade de intervenção estatal em busca da igualdade material, presente no inciso III, do artigo 3º, da Constituição, o qual determina a obrigatoriedade de "erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais" (Brasil, 1988). Faz-se necessário e conveniente, portanto, reafirmar que, sendo o Município parte integrante do Estado brasileiro, encontra-se atrelado aos princípios fundamentais, e suas ações devem ser norteadas, dentre outros, pelo princípio da dignidade humana, devendo também ter por objetivo a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, ainda que as peculiaridades das diversas realidades sociais e regionais dificultem tais objetivos.

Nesse contexto, a promoção do bem comum está diretamente conectada por força constitucional. Tal relação reforça o conteúdo da expressão interesse local, em que a atuação municipal deve se fundar na busca do bem-estar de todos. Objetivando sempre o bem-estar de seus habitantes, é perceptível que o Município possui função social, "condição instrumental do Estado com o compromisso com o Bem Comum ou Interesse Coletivo, e, principalmente, com a dignidade do Ser Humano" (Pasold, 2013, p. 52).

Pasold (2013, p. 53) defende que a condição instrumental do Estado nasce da sociedade e existe para atender demandas que essa mesma sociedade deseja, permanente ou conjuntamente, que sejam atendidas pelo Estado. Ainda, defende que a função social que propõe, e que é de competência do Estado, tem por destinação evidente a realização da justiça, e sobretudo da justiça social, enquadrando-a como uma "categoria jurídico-político-sociológica da qual ainda não há um compartilhamento semiológico universal comum".

Assim, o direito à saúde se apresenta como o primeiro direito do qual os demais necessitam para sua efetivação, só podendo ser exercidos pela

preexistência daquele — como, por exemplo, a alimentação e o lazer —, ao mesmo tempo em que a saúde pode ser indispensável para o exercício de alguns direitos individuais, como o de entrar e sair do país, o de livremente expressar os pensamentos ou, ainda, o de comparecer a locais de culto. O Estado garante a liberdade de culto, mas a espiritualidade e seus efeitos são absolutamente de ordem subjetiva e individual. Então, o que se quer dizer é que os direitos fundamentais, ou a soma de todos, designada como dignidade e positivada como fundamento do Estado brasileiro, depende de como cada um percebe a vida e seus componentes, a depender dos valores que carrega consigo (Rodrigues, 2019, p. 11).

Quanto ao compromisso do Estado com o bem de todos ou com o bem comum, não existe qualquer razão para a criação do Estado que não seja a de ser instrumento para sua efetivação. O bem comum não é simplesmente a soma dos bens individuais ou dos desejos isolados, mas compreende a ideia de ser o resultado dos elementos de que se vale o Estado para realizar o bem-estar da coletividade, consolidando, assim, a ideia de justiça social, que para Pasold (2013, p. 54) "o todo deve contribuir para cada um, não como uma dádiva generosa e paternalista, mas como um dever decorrente de sua condição inalienável de parte do todo, provedor e beneficiário potencial e efetivo" para o equilíbrio social.

Extrai-se do pensamento do autor sua crença de que o Estado contemporâneo deve comportar-se sob a égide da primazia do humano, submetendo o econômico à força do social. Assim, ao se entender que a função social é imanente ao Estado, como sua causa primeira, decorre a necessária interação deste com os demais princípios constitucionais, que se traduzem em uma rede invisível de mútua interdependência, em que as pessoas, regidas sob os preceitos do princípio federativo, pela consciência moral, pela boa-fé e pela solidariedade para com os iguais, precisam cooperar para evitar lesão a outrem, a si mesmas e/ou à sociedade.

O objetivo constitucional da igual dignidade social sob a lógica de que a saúde implica integridade física e psíquica da pessoa, estabelece o dever de solidariedade, determinando que o Estado e todos os membros da sociedade devem promover a existência digna de todos, aqui consubstanciada no direito ao acesso à saúde. Percebe-se que, no constitucionalismo contemporâneo, diante de um cenário de crise sanitária, o princípio da solidariedade surge como novo paradigma que circunda a repartição das receitas entre os entes da federação, impondo um novo sentido ao Estado (Cardoso, 2013, p. 257).

Remetem, as palavras referidas, à ideia de justiça social, que busca amparo cultural na matriz cristã da fraternidade, da qual se retira o princípio da solidariedade (art. 3º, I, CF). O termo solidariedade, segundo Greco (2005, p. 174-175), aparece na CF em mais de dez dispositivos e "contempla a reunião de esforços como valor relevante para o convívio em sociedade", pois, para ele, fraternidade e solidariedade não são sinônimos, mas conceitos que se complementam: enquanto a segunda se exprime nos múltiplos modos de auxílio ao semelhante e de agir "junto ao próximo", a primeira abrange, além disso, a tolerância, o amor e o respeito ao outro.

Dessa forma, a efetivação da justiça social não pressupõe a igualdade absoluta entre todos, mas, no mínimo, a garantia de que a cada um se assegurem os direitos presentes na dignidade e, como assinala Godoi (2005), a garantia de possibilidades que assegurem a igualdade de oportunidades, de modo a evitar uma sociedade estratificada por castas sociais pré-determinadas pela omissão do aparelho estatal e da sociedade civil, o que leva à degeneração social e precariza as condições de vida.

Como se percebe, é impossível falar de igualdade (formal e material), justiça social, moralidade e solidariedade separadamente, pois cada uma pressupõe as demais. Godoi (2005, p. 149) deixa claro que, em uma sociedade de pessoas livres e iguais:

> o próprio conceito de sociedade se abre forçosamente para a solidariedade", e ressalta que "uma sociedade de pessoas livres e iguais consiste num sistema equitativo de cooperação, de um sistema em que todos os que cooperam devem beneficiar-se de forma apropriada.

Postos tais valores constitucionais, deve-se lembrar que a justiça social, centrada no direito ao acesso à saúde, prescinde de sua necessária definição jurídica, em que o direito à saúde compreende a proteção da pessoa contra quaisquer ameaças ou agressões derivadas das condições próprias dos locais de trabalho, da cidade ou de qualquer outro ambiente do mundo da vida (Leal, 2006, p. 26). Ao se pressupor que um Estado fiscal necessita obrigatoriamente de justiça fiscal - e esta, por sua vez, deve ter naquela o seu norte -, o que implica a obrigatoriedade do tratamento desigual dos desiguais na erradicação da pobreza e da marginalização, além da redução das desigualdades sociais e regionais, para que o Estado subsista aos enormes aportes de recursos financeiros necessários a garantir o acesso à saúde, os administradores necessitam de indicadores e balizadores normativos parametrizadores das ações públicas, garantindo possibilidades

executáveis diante das demandas contemporâneas, especialmente quanto às políticas públicas de saúde (Leal, 2006, p. 31).

Deve-se, portanto, como aponta Nabais (2012, p. 436), deixar claro que o princípio da igualdade fiscal é "uma expressão específica do princípio geral da igualdade", vinculando o legislador ao seu conteúdo. Assim, cabe a ele perceber as diferenças e fazer discriminações ou a adoptar tratamentos desiguais a fim de criar um mínimo de igualdade como ponto de partida ou igualdade de oportunidades ou de chances, dependendo do grau de satisfação das necessidades primárias dos indivíduos.

É necessário existir um mínimo de igualdade como ponto de chegada, ou então igualdade de resultados, dependendo principalmente da satisfação dessas necessidades primárias e, complementarmente, do rendimento produtivo - dada sua utilidade para o crescimento econômico - e dos atributos pessoais, que levam a uma mais eficaz distribuição dos empregos, isto é, à igualdade pela lei. Com base nisso, percebe-se que, ao se imputar ao Estado e a todos o encargo pela manutenção da vida, reconhece-se que a ordem social e democrática inserida no texto constitucional estabelece o dever de solidariedade.

Essa condição somente será atingida por meio da ponderação de valores que oscila entre direitos e deveres fundamentais, ainda que não se tenha muito claro quais são os efeitos que uma crise sanitária ocasiona aos cofres municipais. A única certeza que se tem é a de que cenários críticos impõem novas arquiteturas para todas as instituições jurídicas, políticas e sociais.

Tipke (2012, p. 16), após salientar que o princípio da justiça deve ser efetivado segundo a realidade social, assevera que "a justiça é garantida primordialmente pela igualdade perante a lei, e no Direito Tributário pela igualdade na distribuição da carga tributária". Por sua vez, a justiça social, por suas razões e objetivos, pode ser facilmente visualizada no campo do dever ser constitucional — basta uma leitura atenta da Constituição Federal —, o que exige que as leis tributárias busquem suas diretrizes morais nos direitos fundamentais nela presentes.

Com isso, atendendo às disposições jurídicas referidas, tem-se que ter presente que todas as ações precisam estar moldadas a partir da concepção dirigente da Constituição, pois é ela que dá o norte e o caminho para sair de situações de crises graves. Por isso, o tema desenvolvido também remete à reflexão sobre como se pode aprender acerca dos direitos por meio da reflexão de seus custos orçamentários.

Assim, tanto o cenário nacional como o internacional têm demonstrado ser preciso romper com a crença de que o Estado é adversário dos direitos humanos, embora ainda se faça necessário proteger as pessoas contra os arbítrios do mesmo. Certo é que o poder público passou a ser o maior responsável pela promoção e garantia dos direitos fundamentais e por concretizar o projeto constitucional de desenvolvimento da dignidade humana, especialmente no aspecto das políticas públicas financeiras e tributárias municipais de saúde pública (Cardoso, 2013, p. 221).

A premissa de que os direitos fundamentais podem ser usufruídos sem custo algum e livremente, embora muito disseminada, é evidentemente errônea. Significa dizer que o interesse do Estado e da sociedade em conservar recursos fiscais e administrativos, que são escassos, é fator que deve ser considerado na análise das diferentes situações, pois os princípios do Estado Democrático de Direito encontram na Justiça Social os mecanismos corretivos das desigualdades, pressuposto para a concretização do Estado de Bem-Estar Social (Holmes, Sunstein, 2019, p. 13).

Importa também dizer que, diante de dados significativos de restrições econômicas presenciadas nas crises sanitárias, o custo de proteger aqueles mais impactados pelas medidas governamentais, sejam eles qualificados ou não, contribuintes ou não, sempre sairá do bolso de alguém, visto que os recursos disponíveis para qualquer programa de bem-estar social não são ilimitados — são, sim, muito limitados, em todos os países do mundo (Holmes, Sunstein, 2019, p.14-15). Por isso, a ideia solidarista pressupõe que o comportamento humano é sempre centrado no meio social.

Não obstante, a consciência jurídica pelas atitudes impõe aos particulares a obrigação de levar em conta a condição dos demais componentes da sociedade, pois, se todos são responsáveis pelos problemas sociais, difusos e coletivos, inclusive das futuras gerações, isso significa que todos devem empenhar-se para afastar comportamentos individualistas que normalmente trazem consigo atos de expropriação alheia ou contra o Estado, colocando em risco a promoção da justiça social que tanto se busca. Desse modo, os Direitos Fundamentais, entendidos como conteúdo do princípio da dignidade da pessoa humana, corporificam-se como objetivos primeiros da função social do Estado, pois comuns a todos, nos expressos termos da Constituição, remetendo a princípios constitucionais tais como o republicano, o da igualdade (formal e material), o da justiça social, o da solidariedade e o da cooperação.

Assim, impregnados nesse ambiente do federalismo brasileiro, entende-se ser possível a busca de soluções para as crises instauradas – de legitimidade, de identidade ou de eficácia do Estado – a partir de um novo olhar para os espaços públicos, para a participação na política democrática, para a melhoria do poder local e para tantos outros espaços em que se fizer necessário rediscutir os rumos e os objetivos adotados, como é o caso da saúde pública brasileira. A partir do modelo democrático vigente, pode-se afirmar que há espaço para o aperfeiçoamento da unidade estatal em favor da paz, da justiça social e de melhores níveis de bem-estar social, especialmente esse vinculado ao aspecto da saúde.

Capítulo 4

DIMENSÃO ESTRUTURAL E DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ALTO URUGUAI (AMAU) NO PERÍODO DE 2018 A 2021

Este capítulo apresenta a estrutura do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU). Optou-se por um recorte que abrange os anos de 2018 a 2021 para melhor analisar a estrutura de saúde pública local e sua adaptação a partir das vivências de uma pandemia. Além disso, o capítulo também traz os elementos metodológicos que constituem o processo de investigação, sua análise qualitativa, bem como a síntese e seu aproveitamento no texto. Na sequência, será também realizada a análise crítica quanto aos mecanismos de instrumentalização necessários para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU).

Assim, o presente capítulo se desenvolve trazendo para o texto a pesquisa aplicada, pois busca, a partir de vivências práticas, construir um conhecimento que possa ser efetivamente aproveitado na vida real, contribuindo para a mudança da situação fática. Por isso, no primeiro momento, a pesquisa tem como base lógica operacional o método indutivo e a abordagem qualitativa. Também no que se refere à análise dos dados é utilizado o método indutivo, "onde a análise do caso concreto serve como ponto de partida para posterior desenvolvimento dos conceitos e dos referenciais teóricos relacionados ao tema investigado" (Leal, 2007, p. 24).

Assim, depois de registrados os elementos metodológicos do processo de investigação e análise dos dados, o estudo do presente capítulo servirá para introduzir e facilitar a compreensão do capítulo seguinte (último capítulo). Nesse sentido, o assento dos elementos metodológicos do processo investigativo do caso objetiva delimitar as posições metodológicas do pesquisador e, de modo geral, destacar a imparcialidade que norteia o tema dos quatro primeiros capítulos, preservando a descrição dos fatos mediante os instrumentos de coleta e comprovação dos dados de modo

objetivo, como forma de demonstração da posição do pesquisador em relação ao objeto do trabalho, como de fato deve ocorrer.

Essa é a postura pretendida no presente estudo, ou seja, reconstruir os principais fatos históricos relevantes e, posteriormente, realizar a avaliação qualitativa do caso, permitindo confirmar, ou não, as circunstâncias para o desenvolvimento do raciocínio crítico abordado. No momento inicial, as impressões serão variadas, e por isso a necessidade de o pesquisador destacá-las de forma parcial, pois esta será a essência dessa pesquisa, que pretende torná-la substancial para a proposta final da investigação, mantido o método indutivo.

4.1 Elementos metodológicos e estruturantes do processo de investigação

A demonstração dos elementos metodológicos do processo de investigação do caso tem por objetivo demonstrar as posições adotadas pelo pesquisador para a solução do seu problema de pesquisa. Assim, a confiança de uma pesquisa qualitativa, como sinaliza Collombelli (2007), centra-se na melhor apreensão do tema, facilitando a compreensão da proposta, tendo em vista que o presente livro pode conter diversas facetas, informações e projeções práticas, produzidas em sede de direito tributário e financeiro, que subsidia o texto.

O método a ser utilizado nessa investigação é o indutivo, em razão do estudo específico de situações delimitadas pela escolha de um referencial teórico específico, a partir de Canotilho. Caracteriza-se por possibilitar a manipulação direta das variáveis relacionadas com o objeto de estudo, oportunizando uma análise da relação entre causas e efeitos do fenômeno dentro do campo de pesquisa, além de que, por vezes, recorrer-se-á a outros métodos de procedimento, como o histórico, dada sua função pontual, específica ou até mesmo complementar, ressalvado que não seja contraditório ao método principal.

Assim, conforme Freitas (2016, p. 22), a orientação histórico-filosófica representa as crenças sobre a natureza da realidade, sobre a gestão e a transmissão do conhecimento e sobre a postura do pesquisador em relação aos fatos, entre outros fatores. Disso decorre a importância da fixação da postura do pesquisador, pois cada pessoa lida diferentemente com cada situação, fato ou ato, sendo que, a partir dessa premissa reconhecida pela doutrina especializada, para a fixação da posição do pesquisador em relação

ao objeto de estudo a partir de dados concretos, adota-se a abordagem de caráter qualitativo, mediante uma pesquisa essencialmente documental.

A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a quantificação dos fatos sociais e mais com o significado inerente e atribuído às ações sociais, seja pelos próprios atores diretamente envolvidos, seja pelos seus contemporâneos (Freitas, 2016, p. 22-23). Além disso, em relação à técnica, optou-se pela coleta de dados e pesquisa documental disponíveis de forma pública nos sites da Associação de Municípios do Alto Uruguai - AMAU, do Portal da Transparência Municipal, Estadual e da União, bem como de outros órgãos e entidades relacionados e que interessam ao amplo desenvolvimento da presente pesquisa.

Pela pesquisa documental, tem-se a possibilidade de identificar o caso na maioria de suas variáveis. Severino assinala que a documentação é forma de registro e sistematização de dados e informações, dispostos em condições de análise, tendo três sentidos fundamentais:

> **DOCUMENTAÇÃO** É toda forma de registro e sistematização de dados, informações, colocando-os em condições de análise por parte do pesquisador. Pode ser tomada em três sentidos fundamentais: como técnica de coleta, de organização e conservação de documentos; como ciência que elabora critérios para a coleta, organização, sistematização, conservação, difusão dos documentos; no contexto da realização de uma pesquisa, é a técnica de identificação, levantamento, exploração de documentos fontes do objeto pesquisado e registro das informações retiradas nessas fontes e que serão utilizadas no desenvolvimento do trabalho (Severino, 2007, p. 124).

Para o livro, o sentido de documentação aqui utilizado é o terceiro, em que o contexto da obra está embasado em um estudo a partir dos dados coletados, utilizando-se a documentação como técnica de identificação, levantamento e exploração de documentos que servirão de fontes do objeto (dados dos Municípios que integram a AMAU). Esses serão utilizados na avaliação qualitativa do caso e na análise crítica quanto à aplicabilidade ao objeto pesquisado, ou seja, quanto à necessidade de os Municípios criarem mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública.

Nesse contexto, a análise é construída a partir de um cenário nacional e de um recorte regional quanto ao direito de acesso à saúde como direito humano fundamental social, para que seja possível verificar quais as políticas públicas viáveis ou possíveis, a partir da análise histórica dos processos de acesso à saúde, pois são eles que permitem identificar o modo

de produção de uma sociedade e sua relação no campo político, jurídico e social. Gil (2008, p. 08) observa que, para que um conhecimento possa ser considerado científico, torna-se necessário identificar as operações, mentais e técnicas, que possibilitam sua verificação na construção do conhecimento.

Assim, tem-se como ponto de partida uma análise de argumentos gerais, como teorias de base e princípios, para conclusões particulares, por meio de um raciocínio que demonstre um caminho para verificar as necessárias políticas públicas para tutela efetiva do direito de acesso à saúde como direito humano fundamental social, na vinculação do Estado quanto ao seu dever/poder de implementar políticas públicas de inclusão e acesso a esse direito fundamental de forma equitativa, justa, solidária e sustentável.

Entende-se que os problemas regionais impactam tanto o local quanto o global, emergindo a necessidade de conectar áreas do saber como ecologia política, economia, ciência política, direitos humanos, educação e direito, além da correlação entre os diversos elementos de ordem econômica, social e ambiental, pertinentes ao necessário reconhecimento do direito de acesso à saúde como direito humano fundamental, previsto na Constituição brasileira. Desse modo, o estudo pretende reconstruir conceitos visando uma possibilidade emancipatória em políticas públicas financeiras e tributárias de acesso à saúde.

Morin (2014, p. 11) contribui com uma nova forma de ensino educativo, objetivando a transformação para uma cultura que permita compreender a condição do homem no mundo e que ajude a viver e favoreça um modo de pensar aberto e livre, porém interligado ao todo. Nessa perspectiva, a teoria de base sistêmico-complexa permite uma ampliação de percepções, de organização e de seleção que dê sentido aos saberes, dispondo-se de uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas de forma a permitir a interligação dos saberes e lhes dar sentido, como uma nova perspectiva de despertar questões fundamentais no estudo das ciências, tanto da terra como da ecologia, em uma concepção complexa do sujeito, de suas relações sociais e de sua relação com a natureza (Morin, 2014, p. 35).

Pode-se dizer que a ecologia profunda de Capra (2006, p. 23) contribui com a teoria da complexidade, como lente na construção de uma nova compreensão científica dos sistemas vivos, em um novo paradigma de contexto cultural, baseando-se em novas percepções da realidade, com profundas implicações não apenas para a ciência e para a filosofia, mas

também para as atividades comerciais, a política, a assistência à saúde, a educação, a vida cotidiana, ou seja, para o bem-estar geral da humanidade. Por isso, a teoria dos sistemas permite um pensamento sistêmico aplicado, partindo-se assim dos sistemas do Direito e da Política, para verificar fatores que irritam os demais sistemas e as variáveis que amplificam a produção de uma nova ordem de direitos humanos na defesa da vida.

Maturana e Varela (1980, p. 75) argumentam que as mudanças no sistema ocorrem no âmbito de uma circularidade básica, que deve ser produzida e mantida por uma organização circular, em que cada componente ajuda a produzir e a transformar outros componentes, enquanto mantém a circularidade global da rede, o que se constitui na própria organização da vida (Capra, 2006, p. 87-8). Nesse sentido, tanto a política como o direito produzem inúmeras transformações ao lado da globalização e de outros fatos sociais. A política, enquanto organização, concretiza-se no Estado, interagindo com governo, partidos políticos, grupos de pressão, sindicatos e sociedade civil; por isso, em sociedades modernas, o sistema jurídico de uma nação deve corroborar com os anseios do seu povo.

Bucci (2013, p. 108) discorre sobre a necessidade de repensar as políticas públicas a partir de um contexto que estimule o interesse por uma visão mais acurada sobre a ação governamental, que contemple os esquemas sequenciais de elaboração, planejamento e implementação das políticas públicas, vinculando-as a uma aplicação processual e procedimental da política e da gestão pública, a fim de renovar e aprofundar a questão da democracia, vista não somente como um regime político, mas social, de acesso de todos a um direito pluralista e inclusivo. Essa renovação das políticas públicas perpassa pela definição de seu modelo, pela formulação de programas de atuação político-administrativa, bem como pelos mecanismos de filtros e ajustes, tendo os atores sociais como responsáveis, em maior ou menor medida, por sua inserção na agenda do Estado (Subirats, 2012, p. 44).

Por conta disso, políticas públicas são definidas como programas de ações governamentais, cuja formação possui um elemento processual estruturante – política pública como programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados (Bucci, 2013, p. 109). Esse processo de estruturação e desenvolvimento é jurídico, de matriz cognitiva, com seus elementos teóricos e noções explicativas, que possibilitam a compreensão dos demais processos institucionais que resultam nas políticas públicas.

Tendo como diretriz da reflexão a relação entre a política e o governo, a força originária se exterioriza no governo, e sua forma é institucionalizada pelo Direito, que se reconhece no Estado, com suas estruturas e funcionalidades, cujo norte visa compreender de que modo as formas jurídicas da ação governamental influem, catalisando os anseios e as forças da sociedade em direção ao desenvolvimento, na perspectiva de técnica jurídica que pode contribuir para gerar ou mover o poder na sociedade (Bucci, 2013, p. 36-7). Assim, ao se considerar a relação existente entre política e direito, é fato que há uma distinção qualitativa, se tomarmos a política dura - no sentido clássico que compreende a chegada ao poder e os modos de seu exercício - ou a política soft - de atuação do poder sem o uso direto e imediato da força, mas pela predominância dos mecanismos de exercício de influências, engendrados sob uma infiltração mais fina da política nas estruturas reconhecíveis pelo olhar jurídico (Bucci, 2013, p. 39).

Nesse contexto, para uma nova perspectiva de política pública para a saúde, reconhecida como direito humano fundamental social, deve-se observar também seu reconhecimento como bem comum, que possui em suas bases uma relação de compartilhamento e de gestão cooperativa, de acordo com o paradigma colaborativo nas políticas públicas, em uma perspectiva de viabilidade, o que requer uma transformação no Estado e na sociedade, visto que as políticas públicas necessitam da interação de múltiplos agentes públicos, privados e sociais. O paradigma colaborativo diz respeito ao fomento à cooperação no âmbito de cada esfera social e à mudança de valores e hábitos de vida, embasados em conceitos capazes de substituir os antigos, por meio de incentivos a tendências empáticas e colaborativas.

É em vista do exposto que se defende uma aproximação das políticas públicas com os benefícios advindos da cooperação, observados por Schmidt (2018, p. 2) como uma perspectiva de engajamento de pessoas em atividades que visam ao benefício mútuo. Essa opinião é complementada por Ricard (2015, p. 607), ao destacar a possibilidade de se transcender as políticas lineares de esquerda, de direita e de centro, para o surgimento de uma sociedade equilibrada, em um tripé estável: entre um setor público de forças políticas que se manifesta em governos respeitados; um setor privado de forças econômicas que se manifesta em empresas responsáveis; e um setor plural de forças sociais que se manifesta em comunidades civis robustas, harmoniosas e solidárias.

Muller e Surel (2002) contribuem para esse aprofundamento na análise de políticas públicas, para além de uma abordagem sequencial, com concepções cognitivas da complexidade própria ao objeto das políticas públicas. Em outras palavras, trata-se de uma proposta de complexidade para religar conhecimentos, como uma nova postura do sujeito diante da dinâmica dos sistemas vivos planetários, tendo como principais desafios as realidades e os problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários, repensando, assim, o pensamento, para solidarizar conhecimentos separados e construir comunidade/sociedade, com o pensamento afinado para a análise de políticas públicas sustentáveis a longo prazo.

Nesse sentido, olha-se para a necessidade de novas bases para a implementação de políticas públicas de acesso à saúde, vinculando-se aos critérios e ditames de políticas públicas que perpassam pela previsão orçamentária, pelos princípios da administração pública e pela efetivação da ação do Estado. Espera-se contribuir para uma abordagem que vá além da dicotomia público/privado, para uma pluralidade de abordagens das políticas públicas e um estudo dos modos de mudança da ação do Estado e da sociedade visando a uma evolução linear, que considere elementos como as desigualdades pertinentes a cada caso concreto, como forma de novas perspectivas em políticas públicas no Brasil.

Diante de tal contexto, o debate jurídico precisa ser incorporado à concepção política de políticas públicas financeiras e à superação da visão meramente legalista, para que se seja capaz de buscar alternativas para a ação do Estado, por meio de mecanismos e instrumentos que potencializem suas ações, para a efetivação dos serviços públicos. Tudo isso pode ser feito mediante a ampliação dos espaços de controle, da participação social e da melhoria dos instrumentos legislativos, inseridos em uma esfera democrática, na perspectiva de defesa da vida e do direito humano de acesso à saúde pública.

Cabe observar ainda que, para desenvolver o potencial de um pluralismo cultural em uma sociedade complexa, a comunicação dos conflitos pode dar origem a uma fonte de solidariedade entre estranhos, que trabalhem cooperativamente para uma convivência pacífica, mesmo permanecendo estranhos entre si (Habermas, 2003). Fazendo-se dessa forma, promovem, ainda que involuntariamente, uma abertura para a participação da comunidade em políticas sociais, capazes de agregar capital social e reduzir a margem de erro na agenda de políticas públicas em

momentos de risco ou de grandes colapsos dos sistemas (Bitencourt; Reck, 2019, p. 82).

Schier (2009, p. 206) sinaliza que o serviço público se apresenta como direito materialmente fundamental, previsto no artigo 175 da Constituição Federal brasileira, prestado por meio de um regime jurídico vinculado ao mínimo constitucional e que se consolida como norma de eficácia imediata, como cláusula pétrea, atendendo aos princípios da universalidade, continuidade e modicidade. Nesse sentido, a proibição de retrocesso se apresenta como princípio garantidor dos direitos sociais, impondo-se pela universalidade com que devem ser prestados os serviços a cargo do poder público, devendo ser asseguradas a toda a coletividade as prestações que indicam as respectivas atividades, especificamente de acesso à saúde, vinculado ainda ao princípio da continuidade, sem interrupções no atendimento (Schier, 2009, p. 2007).

Assim, pensar o acesso à saúde sob novos parâmetros significa refletir sobre um bem que necessita estar disponível para as presentes e futuras gerações. Por isso, analisar quais políticas públicas financeiras e tributárias são necessárias para a tutela efetiva desse direito, respaldado nos princípios da sustentabilidade, solidariedade, cooperação e dignidade humana, dentre outros, representa transpor as barreiras impostas por diferentes motivos, sejam eles econômicos, sejam eles advindos de processos legislativos mal pensados; o que interessa, sob o enfoque deste trabalho, é repensar o processo para vivenciar melhores possibilidades para o futuro.

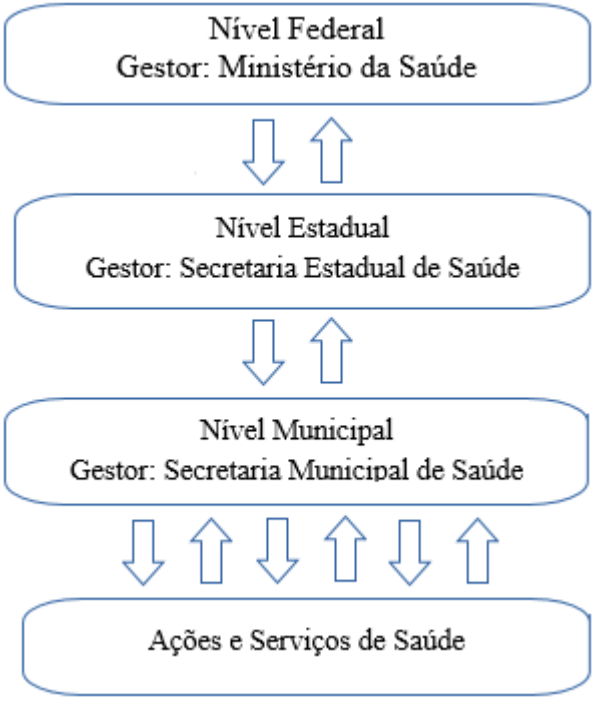
4.2 Estrutura do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU)

A estrutura do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) segue o organograma da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e, por óbvio, respeita as determinações contidas na Constituição Federal brasileira, que assegura a todos os cidadãos brasileiros residentes no país o acesso universal ao direito à saúde. Esse direito é garantido pelos poderes públicos nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) por meio de políticas públicas pensadas e desenvolvidas para a minimização dos riscos de doenças, bem como para possibilitar o desenvolvimento de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segue também as determinações do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que instituiu a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde (Brasil, 1990). Cada uma, com suas peculiaridades, permite ao SUS disciplinar as políticas públicas de saúde e as ações desenvolvidas em cada subsistema, nos diferentes níveis de gestão do SUS.

A figura 1 traz o desenho dos níveis de gestão do SUS nas três esferas de governo e suas respectivas competências.

Figura 1 – Gestão Tripartite do SUS



Fonte: GONÇALVES, Márcio Augusto. Organização e Funcionamento do SUS (Adaptado). Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração, UFSC. Brasília, CPES: UAB, 2014. 132p.

O gráfico referido mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo, a partir dos quais também se destacam as competências políticas e financeiras de cada unidade gestora. Assim, compete à esfera Federal a formulação de políticas públicas nacionais de saúde, seu

planejamento, normalização, coordenação, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Em relação ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, sua competência é regida por meio da aplicação e da distribuição de recursos públicos arrecadados e repassados aos entes subnacionais - Estados, Distrito Federal e Municípios -, devendo promover a descentralização para as Unidades Federadas, de acordo com o previsto no artigo 16 da Lei nº 8.080/90.

O financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo e, portanto, cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, destinando-os ao respectivo fundo de saúde. Tal previsão está determinada no artigo 194 da Constituição Federal, que estabelece que a Saúde integra a Seguridade Social com a Previdência e a Assistência Social. Além disso, o artigo 195 determina que a base de financiamento da Seguridade Social será feita com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais (Brasil, 1988).

Em relação à esfera Estadual, compete aos Estados a formulação de políticas estaduais de saúde, sua coordenação e o planejamento do SUS no nível Estadual. Da mesma forma, compete-lhes o financiamento das ações e dos serviços de saúde ofertados, por meio da aplicação e da distribuição de recursos públicos, oriundos de sua própria arrecadação, somados aos repasses realizados pela esfera Federal.

O papel de maior relevância das secretarias estaduais de saúde é o de fortalecer o SUS e viabilizar as políticas nacionais estabelecidas. Além das competências estaduais estabelecidas no artigo 17 da Lei nº 8.080/90, o papel primordial da gestão estadual de saúde é o de promover condições para que os Municípios assumam a gestão da saúde de seus munícipes. No entanto, em alguns casos, quando o Município não o consegue sozinho, o Estado deverá assumir transitoriamente a gestão do sistema municipal e promover a harmonia, a integração e a modernização do sistema, tornando-o viável ao atendimento público (NOB – 01/96).

Dessa forma, a gestão do SUS por meio da atuação das secretarias estaduais passa a ter sentido amplo, não ficando restrita ao papel de gerenciamento apenas de sua própria rede de prestação de serviços (como hospitais e unidades próprias de saúde), seja por meio de prestadores de serviços públicos ou privados que estejam sob sua responsabilidade. Além disso, as atividades do Estado podem ser prestadas diretamente pela entidade estatal ou indiretamente, por meio de entidade pertencente à

denominada administração indireta, que compreende pessoas jurídicas de direito público ou de direito privado criadas pelo Poder Público, por lei ou por autorização legal, a fim de prestarem atividades públicas específicas.

A esse modelo, a doutrina confere o nome de "descentralização". Nesse sentido, as entidades que compõem a administração indireta são as autarquias, as fundações governamentais, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e as associações públicas de consórcio (CONASS, 2015, p. 21-44). Quanto à esfera municipal, a gestão da saúde compete à Secretaria Municipal de Saúde.

É ela que formula e gerencia a política municipal de saúde, ou seja, realiza toda a provisão das ações e dos serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo Gestor Federal e/ou Estadual do SUS. Para tanto, cada Município brasileiro deve seguir a estratégia do país, que reconhece o Município como principal responsável pela saúde de sua população, conforme estabelecido no Pacto pela Saúde [3], de 2006. Por esse documento, o gestor municipal, ao aderir ao pacto, assume o compromisso de prestar integralmente ações e serviços de saúde em seu território.

Vale lembrar que os Municípios brasileiros, ainda que possuam discrepâncias, tanto populacionais como econômicas, devem, cada qual, formular suas próprias políticas de saúde, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita), os repassados pela União (que devem ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB) e os repassados pelos Estados (mínimo de 12%), além de serem parceiros na concretização das políticas nacionais e estaduais de saúde.

Em outras palavras, o Município coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normalização federal e estadual; no entanto, nada o impede de estabelecer parcerias com outros Municípios para garantir o sucesso no atendimento de sua população. Isso comumente ocorre para procedimentos de alta e média complexidade, que normalmente demandam infraestrutura maior e mais custosa, fazendo com que muitas vezes estejam acima das possibilidades que o Município tem para oferecer.

3 Trata-se de um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de governo, conforme Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão da saúde, objetivando alcançar melhores índices de eficiência e qualidade para o SUS, bem como redefinir o papel e as responsabilidades de cada gestor em razão da necessidade de saúde da sua população na busca de equidade social.

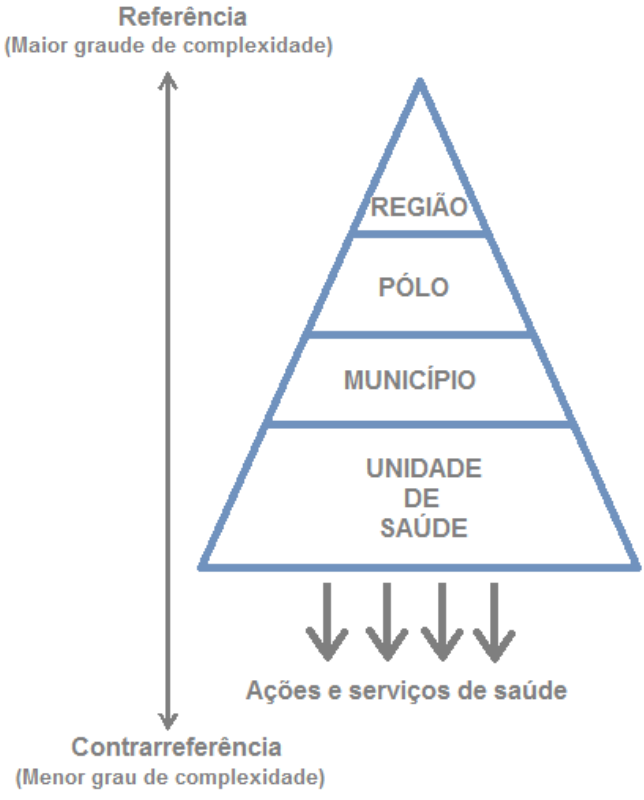
Com base no arcabouço legislativo nacional, percebe-se que o Município é o principal ente responsável pela área da saúde, ou seja, toda política pública de saúde, tanto a criação como a aplicação das políticas nacionais e estaduais, deve ser manejada pelo Município. Logo, a maior parte da responsabilização sanitária recai sobre o ente público municipal, seja pela via administrativa ou judicial, isso porque, ao assumir o direito à saúde de seus munícipes, assume também a responsabilidade pelos resultados, que devem sempre buscar a redução da mortalidade e dos riscos de doenças evitáveis e não evitáveis.

Essa responsabilização pela oferta de ações e de serviços de saúde, nos moldes preceituados no texto constitucional, deve promover e proteger a saúde das pessoas, prevenir doenças e seus agravos, recuperar os doentes e, acima de tudo, contribuir para melhorias na qualidade de vida das pessoas. Embora a totalidade do atendimento pelo SUS deva ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados dentro de uma rede regionalizada e hierarquizada, disciplinados de acordo com subsistemas — um para cada Município —, direcionados ao atendimento integral de cada população, de acordo com a abrangência estadual ou nacional, existem algumas flexibilidades.

Assim, os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura, nem precisam estar sediados no território do Município. Suas ações podem ser desenvolvidas por unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), necessitando apenas estarem organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Significa dizer que, independentemente de os estabelecimentos prestadores de serviços estarem sob gerência estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal deve ser, necessariamente, de competência do poder público e exclusiva da esfera de governo responsável, respeitadas as atribuições de cada Conselho e das demais instâncias de poder. A figura a seguir elucida melhor o panorama da saúde, demonstrando visualmente como funciona o sistema de forma hierarquizada e descentralizada.

Figura 2 – Ações e Serviços de Saúde no SUS



Fonte: Autoria própria

Ao se visualizar a figura, percebe-se que as ações e os serviços de saúde que demandam maior complexidade, seja ela técnica, administrativa ou financeira, estão disponíveis aos usuários do SUS por meio dos mecanismos de referência, ou seja, aqueles organizados pela gestão nas três esferas de governo, de acordo com a estrutura de cada Estado. Por outro lado, as ações e os serviços de saúde de menor complexidade são disponibilizados aos usuários por meio das unidades de saúde localizadas mais próximas de seu domicílio (postos de saúde – PS, unidades básicas de saúde – UPAS).

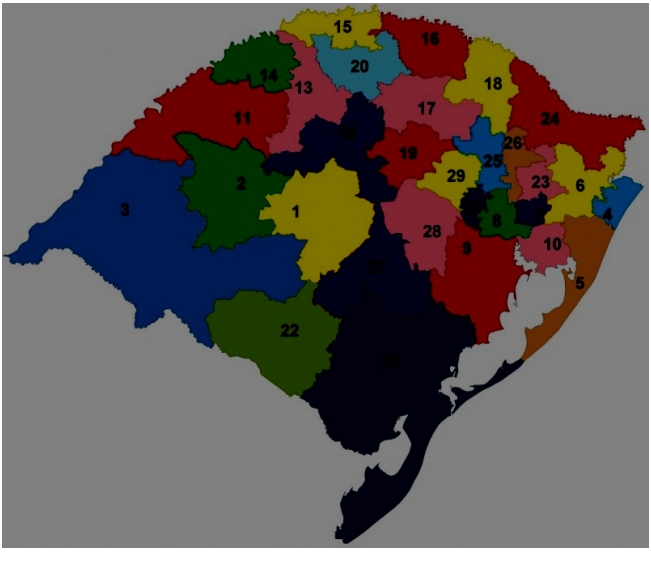
Dito isso, cumpre ressaltar que a realidade do poder público, em cada unidade municipal e até mesmo estadual, é bem diferenciada. Caracterizam-se por adotar diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilização e aplicação de recursos e de organização gerencial; isso se deve à flexibilização que a própria legislação

permite, mas, sobretudo, decorre dos diferentes tipos de arranjos sociais, políticos e econômicos existentes em cada região. Assim sendo, os modelos de gestão adotados podem ser transitórios e alterados de acordo com o planejamento que cada Município realiza, sempre levando em conta seu nível de capacidade, intrinsecamente ligado ao segmento populacional que atende.

Somente no Estado do Rio Grande do Sul existem 30 (trinta) regiões de saúde e 7 (sete) macrorregiões de saúde. O agrupamento de Municípios se constitui pelo agrupamento de Municípios limítrofes e com identidades culturais, econômicas, sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar organização, planejamento e execução das ações em saúde.

Ainda, o Estado está subdividido político-administrativamente em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Estas são organizadas com corpo técnico e administrativo a fim de planejar, acompanhar e gerenciar as ações e os serviços de saúde e, ainda, atuam em cooperação técnica, financeira e organizacional com as equipes municipais, bem como com os demais prestadores de serviços, para organizar os sistemas locais e regionais de saúde. A figura a seguir demonstra as divisões da saúde no Estado e suas respectivas regiões, instituídas pelas Resoluções CIB/RS nº 555/2012, nº 26/2013 e nº 499/2014 (Plano Estadual de Saúde, RS - 2020-2023).

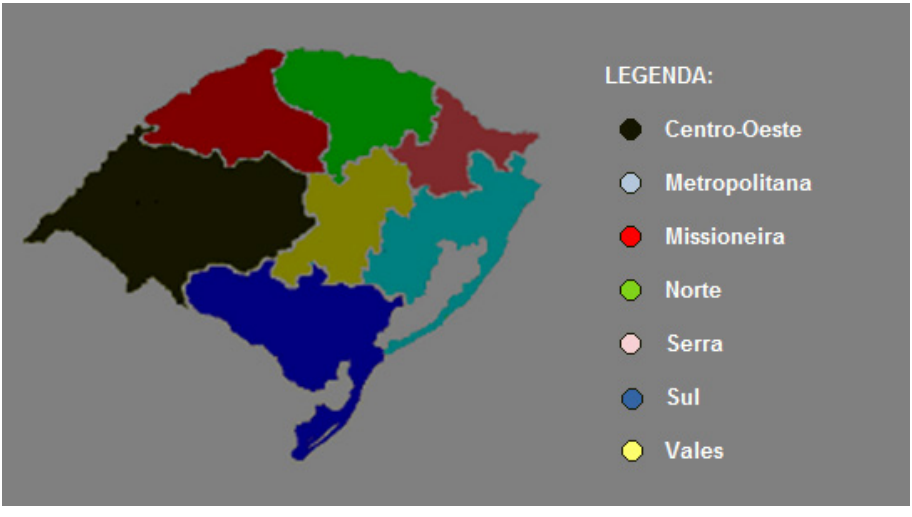
Mapa 1 – Regiões do SUS no RS



Fonte: Site da Secretaria do Estado da Saúde (Governo do RS)

A criação das macrorregiões de atenção integral à saúde se deu por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB/RS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS). Teve como propósito garantir aos usuários do SUS uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Em cada uma das macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender aos casos mais complexos, hospitais de referência regional, hospitais de referência microrregional e as unidades locais de saúde, que são os pequenos hospitais municipais (PDR, 2000, p. 36, modificado). Com esse novo arranjo, o Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde, como mostram as figuras a seguir:

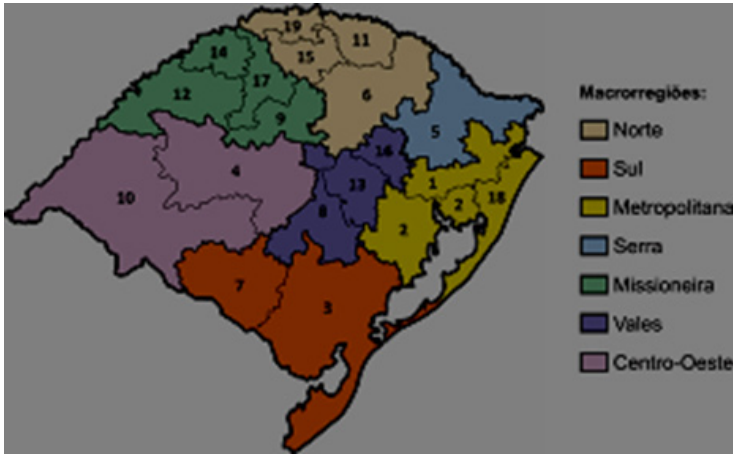
Mapa 2 – Abrangência das Macrorregiões do SUS no RS



Fonte: Revista Gestão & Saúde, v. 1, n. 3, p1-10. 2010, p. 9

A figura na sequência apresenta as subdivisões da saúde no Estado e suas respectivas macrorregiões (18 CRS).

Mapa 3 – Macrorregiões SUS no RS



Fonte: Site da Secretaria do Estado da Saúde (Governo do RS)

Além dessa estrutura, ao longo dos anos foram criadas outras associações e estruturas organizativas dentro do Estado, cujo objetivo também é o de dar suporte, especialmente aos entes municipais, de modo que estes consigam fazer frente a todas as demandas que lhes foram repassadas ao longo da história democrática brasileira. Dentre elas está a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul – FAMURS, fundada em 24 de maio de 1970. Intitulada como "a casa dos Municípios", é composta por 27 Associações Regionais, representando as 497 cidades do Estado.

O objetivo maior é o fortalecimento do municipalismo como protagonista do sucesso da Federação. Por isso, traz como papel institucional a garantia da representatividade dos agentes locais, assegurando a descentralização dos recursos financeiros necessários, vindos da União e dos Estados, para os Municípios (https://famurs.org.br). A figura a seguir traz a relação das 27 Associações Regionais.

Quadro 1 – Associações Regionais do RS

SIGLA	NOME
AMAJA	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ALTO JACUÍ
AMAU	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ALTO URUGUAI
AMCENTRO	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO CENTRO DO ESTADO
AMCSERRA	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA CENTRO SERRA
AMESNE	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA ENCOSTA SUPERIOR DO NORDESTE
AMFRO	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA FRONTEIRA OESTE
AMUFRON	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA FRONTEIRA NOROESTE
AMLINORTE	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO LITORAL NORTE
AMM	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DAS MISSÕES
AMSERRA	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE TURISMO DA SERRA
AMUCELEIRO	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CELEIRO DO RIO GRANDE
AMUCSER	ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DOS CAMPOS DE CIMA DA SERRA
AMUNOR	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO NORDESTE RIOGRANDENSE**
AMUPLAM	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PLANALTO MÉDIO**
AMVARC	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO CAÍ**
AMVARP	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO PARDO**
AMVAT	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO TAQUARI**
AMVARS	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO DOS SINOS**
ACOSTADOCE	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA COSTA DOCE**
AMZOP	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA ZONA DA PRODUÇÃO**
ASMURC	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONIFERA**
ASSUDOESTE	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO**
AZONASUL	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA ZONA SUL**
GRANPAL	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE**
AMASBI	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ALTO DA SERRA DO BOTUCARAÍ**
AMPLA	**ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO PLANALTO**
AMPARA	**ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO PARANHANA**

Fonte: Portal da Famurs, disponível em https://famurs.org.br/associados

Na mesma linha, encontra-se a Associação Gaúcha de Municípios – AGM, composta pela associação de prefeitos do Estado do Rio Grande do Sul. A associação foi constituída por meio da Lei Estadual nº 12.368, de 10 de novembro de 2005, com o objetivo de fortalecer o municipalismo e garantir aos municípios apoio em suas demandas junto aos governos estadual e federal (https://agm.org.br). Olhando de forma superficial, não parece fazer muito sentido uma associação com o mesmo objetivo da anterior.

Para a presente obra, interessa conhecer melhor as peculiaridades da Associação dos Municípios do Alto Uruguai – AMAU, especialmente no que concerne ao atendimento à saúde dos Municípios associados. A associação foi fundada em 09 de outubro de 1970, tendo seu Estatuto aprovado em 19 de julho de 1971, com posterior atualização na Assembleia Geral realizada em 28 de dezembro de 2005. Possui como finalidade primeira a integração de todos os Municípios associados, tanto administrativa como economicamente, respeitando suas autonomias e particularidades.

Cumpre destacar que a AMAU não possui objetivos de obter resultados financeiros, uma vez que a associação não possui fins políticos e lucrativos, limitando-se a fortalecer a união e a integração de todos os seus 32 Municípios Associados (AMAU, 2021). Desde a instauração do cenário da pandemia de COVID-19, iniciada no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 (quando houve a confirmação de um homem que havia testado positivo para o SARS-CoV-2, causador da COVID-19), o país vem lutando para se recuperar da crise econômica e humanitária imposta pelas medidas para conter a propagação do vírus.

Nesse cenário, a AMAU passou a ser muito mais demandada, especialmente a partir do Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020,

> que instituiu o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus - COVID-19 - no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, além de reiterar a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual, bem como estabeleceu outras providências necessárias ao enfrentamento (ERGS, 2020).

Em decorrência da acelerada evolução da pandemia em todo o país, a Região de Saúde 16 (constituída pelos Municípios da AMAU e mais os Municípios de Nonoai e Rio dos Índios), antevendo a situação de crise que poderia se abater sobre o sistema de saúde, antecipou-se e criou o Comitê Regional de Atenção ao Coronavírus da AMAU em 17 de março de 2020, registrado pela Ata nº 03/2020 (ANEXO I), que passou a monitorar os

indicadores de casos ativos, óbitos, ocupação de leitos, dentre outros, nos 34 Municípios associados. Cumpre ressaltar que o primeiro caso de contaminação por SARS-CoV-2 na região foi diagnosticado em meados de março de 2020 e o primeiro óbito na região foi registrado em 05 de maio de 2020, menos de dois meses após a identificação do primeiro contágio pelo vírus (AMAU, 2021).

Destaca-se ainda que a exigência de criação de Comitês Regionais apenas passou a ser obrigatória no ERGS com a publicação do Decreto Estadual nº 55.882, publicado no DOE de 15 de maio de 2021, que instituiu o Sistema 3As. O decreto instituiu, então, o Sistema de Avisos, Alertas e Ações (Sistema 3As) para fins de monitoramento, prevenção e enfrentamento à pandemia no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Em seu artigo 16, trouxe a seguinte previsão:

> As Regiões COVID-19, de que trata o parágrafo único do art. 4º deste Decreto, deverão:
>
> I - informar ao Gabinete de Crise para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 de que trata o art. 1º do Decreto n.º 55.129, de 19 de março de 2020, a sua estrutura de governança de prevenção e enfrentamento à pandemia de COVID-19, na qual deverá existir pelo menos um Comitê Local de Saúde; e
>
> II - indicar Comitê Técnico Regional responsável pelo monitoramento da evolução da pandemia de COVID-19, ao qual competirá a atuação em cooperação com o Grupo de Trabalho Saúde - Célula de Estudos de Projeções Epidemiológicas - do Comitê de Dados, de que trata o inciso I do art. 7º do Decreto nº 55.208, de 23 de abril de 2020, bem como com as equipes da Secretaria de Estado da Saúde, para atuação conjunta, sempre que necessário, informando nomes, telefones de contato e endereço eletrônico para o permanente contato.

Além disso, o decreto reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual, bem como estabelece outras providências importantes. Nesse sentido, percebe-se o dinamismo da esfera local da Região da AMAU, a qual, amparada pelo senso de união e cooperação - e por uma Constituição que lhe garante autonomia e segurança jurídica -, saiu na frente em defesa da vida de seus munícipes.

O dinamismo econômico e social das sociedades modernas é requisito fundamental para a eficiência de uma determinada estrutura federativa, a depender da flexibilidade de suas regras e instituições e do modo como as pessoas reagem em momentos de crise. Essas estruturas devem criar mecanismos de rediscussão permanente da divisão de recursos

e funções, bem como permitir diversos outros métodos regionais de coordenação (Krell, 2008, p. 40).

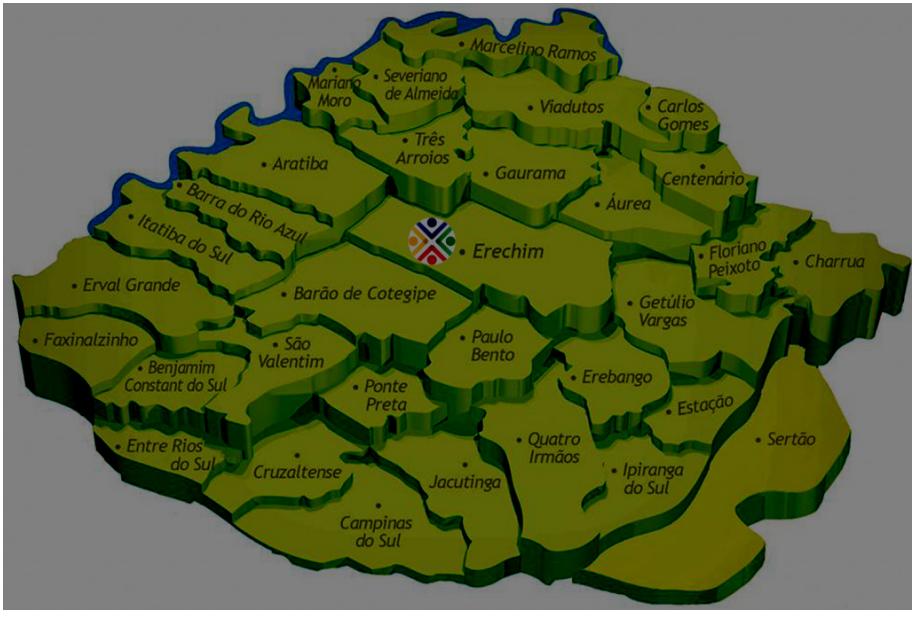
Veja-se que os associados que compõem a AMAU inovaram e buscaram alternativas para enfrentar a pandemia por meio de um sistema de cooperação horizontal. Perceberam que era necessário criar novas possibilidades para enfrentar a pandemia, abandonando o modelo até então vigente de federalismo, que não estava contribuindo para mudar o cenário pandêmico.

Em outras palavras, verificou-se que a cooperação vertical não estava sendo suficiente para dar respostas eficazes ao enfrentamento da pandemia. Era preciso agir para salvar vidas, e cada dia era crucial para que isso ocorresse.

Foi preciso pensar novas estratégias, pois a estrutura para o atendimento à saúde em cada um dos Municípios que compõem a Associação é bastante distinta. A seguir, apresenta-se um breve desenho dessa estrutura, ainda bastante limitada para atender a grandes volumes de atendimento e internações, como ocorreu durante a pandemia.

A figura apresentada a seguir traz o mapa com os Municípios que compõem a AMAU.

Mapa 4 – Municípios da AMAU



Fonte: https://www.amau.com.br

A tabela e o gráfico a seguir trazem a estrutura da saúde nos Municípios da AMAU pela classificação da Região de Saúde 16 (R16), que inclui também os Municípios de Nonoai e Rio dos Índios, com base no tamanho da população divulgada, considerando que cada Município possui uma Secretaria de Saúde e pelo menos uma unidade de saúde para o atendimento da população.

Tabela 1 – Estrutura da saúde nos Municípios da AMAU

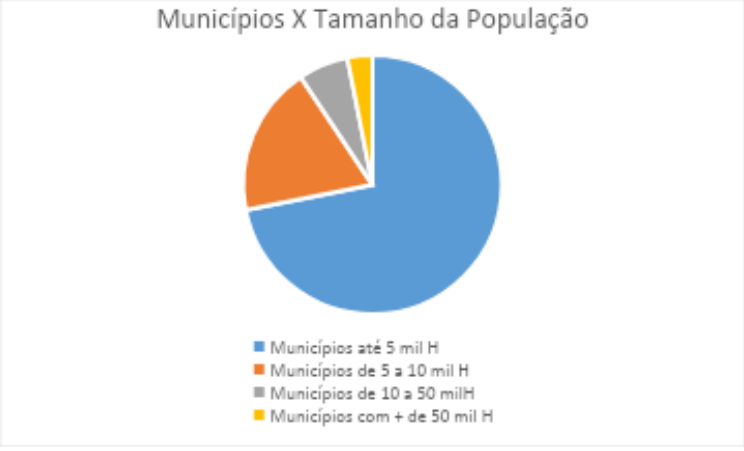
NOME	POPULAÇÂO (SENSO 2010)	POPULAÇÃO EM 2018	SECRETARIAS DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE
ARATIBA	6.565	6.283	1	1
ÁUREA	3.665	3.573	1	1
BARÃO DE COTEGIPE	6.529	6.627	1	1
BARRA DO RIO AZUL	2.003	1.726	1	1
BENJAMIN CONSTANT DO SUL	2.307	2.031	1	1
CAMPINAS DO SUL	5.506	5.471	1	1
CARLOS GOMES	1.607	1.404	1	1
CENTENÁRIO	2.965	2.905	1	1
CHARRUA	3.471	3.306	1	1
CRUZALTENSE	2.141	1.870	1	1
ENTRE RIOS DO SUL	3.080	2.829	1	1
EREBANGO	2.910	2.995	1	1
ERECHIM	96.087	105.059	1	12
ERVAL GRANDE	5.163	4.902	1	1
ESTAÇÃO	6.011	5.976	1	1
FAXINALZINHO	2.567	2.346	1	1
FLORIANO PEIXOTO	2.018	*	1	1
GAURAMA	5.862	5.580	1	1

NOME	POPULAÇÂO (SENSO 2010)	POPULAÇÃO EM 2018	SECRE-TARIAS DE SAÚDE	UNIDADES DE SAÚDE
GETÚLIO VAR-GAS	16.154	16.240	1	6
IPIRANGA DO SUL	1.944	1.899	1	1
ITATIBA DO SUL	4.171	3.420	1	1
JACUTINGA	3.633	3.576	1	1
MARCELINO RA-MOS	5.134	4.488	1	1
MARIANO MORO	2.210	2.054	1	1
PAULO BENTO	2.196	2.287	1	1
PONTE PRETA	1.750	1.572	1	1
QUATRO IRMÃOS	1.775	1.846	1	1
SÃO VALENTIM	3.632	3.341	1	1
SERTÃO	6.294	5.519	1	1
SEVERIANO DE ALMEIDA	3.842	3.685	1	1
TRÊS ARROIOS	2.855	2.693	1	1
VIADUTOS	5.311	4.825	1	1
NONOAI	12.074	11.574	1	1
RIO DOS ÍNDIOS	3.616	2.571	1	1

*Informação não disponibilizada pelo município.

Fonte: https://cidades.ibge.gov.br e https://www.amau.com.br.

Gráfico 1 – Relação Municípios x Tamanho da População



Fonte: Autoria própria

Krell (2008, p. 43) destaca também que os arranjos federativos tendem a apresentar dificuldades maiores onde houver desigualdade de poder político entre as unidades e na distribuição da riqueza entre as regiões e os grupos sociais, ou seja, de modo geral, um espelho da realidade brasileira. No entanto, não é o espelho de todas as regiões do Brasil, como se pode observar no âmbito da AMAU, que faz parte da R16 da Saúde. De fato, trata-se de uma situação complexa, porém que, segundo Krell, pode ser resolvida por meio do equilíbrio do poder, com seus diferentes freios e contrapesos, diretamente ligados ao princípio da subsidiariedade, o que possibilitaria a promoção da diversidade regional e a descentralização das instâncias de decisão sem, contudo, uniformizar o sistema.

O sistema não foi unificado no que diz respeito ao combate à pandemia. Tanto é verdade que, no ERGS, o território foi segmentado em vinte e uma Regiões de combate à pandemia, a partir do agrupamento das trinta Regiões de Saúde e respectivos Municípios integrantes. A partir dessa divisão, é possível acompanhar avisos, alertas e ações de cada uma das regiões por meio do site: https://sistema3as.rs.gov.br. Foi somente a partir do Decreto Estadual nº 55.882 que se tornou obrigatório, a todas as Regiões, instituir sistemas permanentes de monitoramento integrados ao Comitê Estadual.

Pode-se dizer que, desde a instituição do Comitê Regional de Atenção ao Coronavírus da AMAU, os indicadores foram melhores do que os do Estado. No entanto, o alto poder de contágio e letalidade do vírus

fez com que a R16 tivesse uma crescente no número de hospitalizados e de óbitos, encerrando o ano de 2020 com a marca de 129 óbitos e iniciando 2021 com a marca de 131 óbitos.

A R16 teve, nesse período, mais de 11 mil casos confirmados e, quando parecia que seria possível uma estabilização, a partir de fevereiro de 2021 os números novamente começaram a avançar e a comprometer a capacidade da rede hospitalar. Em 24 de fevereiro de 2021, a ocupação dos leitos de UTI chegou a 100% de sua capacidade e permaneceu acima da capacidade até 31 de março de 2021, chegando a 123,33% de sua capacidade, quando começou a apresentar leve queda a partir de abril do mesmo ano (AMAU, 2021).

Houve forte apelo pela disponibilização de vacinas e esforço conjunto para que estas chegassem o mais rápido possível, bem como para que fossem disponibilizadas pela rede SUS. As primeiras doses da vacina CoronaVac, contra a COVID-19, produzidas pelo Instituto Butantan e distribuídas pelo Ministério da Saúde (que teve autorização para uso emergencial no país pela Anvisa), foram recebidas e distribuídas aos Municípios da AMAU em 19 de janeiro de 2021. As 5.360 doses foram disponibilizadas seguindo o Plano Nacional de Imunização, segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde (PMErechim, 2021).

A AMAU foi uma das regiões que se manteve na liderança da vacinação no RS, e o Estado do RS também se manteve na liderança, ou entre os cinco melhores, em relação aos demais Estados brasileiros. Percebeu-se que cooperação, conscientização, prevenção e imunização andaram juntas, cada qual cumprindo seu papel no intuito comum e incansável de preservação da vida de todos.

Isso pode ser percebido, por exemplo, quando, em 09 de julho de 2021, o Estado do RS retirou o alerta da Região de Saúde 16, que envolve a AMAU, mais os Municípios de Nonoai e de Rio dos Índios, sendo que o principal fator que favoreceu a decisão foi a queda no número de confirmados com COVID-19 (AMAU, 2021). Observou-se que, pela organização precoce dos Municípios da AMAU, conforme dados da Secretaria de Saúde do RS, nesse mesmo período a região (R16) era referência estadual em relação ao ritmo de vacinação, ou seja, 52,5% (125.159 pessoas) da população do Alto Uruguai já haviam recebido a primeira dose da vacina, e 22,3% (53.144 pessoas) já haviam recebido também a segunda dose, estando, teoricamente, totalmente imunizados (AMAU, 2021).

Essas premissas revelam o importante papel do poder público municipal no âmbito das políticas públicas, especialmente na área da saúde, e demonstram que a cooperação horizontal é o caminho para o futuro. Os consórcios públicos intermunicipais representam importante avanço para o fortalecimento das estruturas administrativas municipais, que sofrem com um grande direcionamento de políticas públicas sem a ampliação do aporte financeiro necessário por parte da União e dos Estados, o que fez com que a demanda por cooperação entre governos locais se ampliasse, ressaltando-se que, no Brasil, isso ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 (Spink, 2011).

4.3 Dinâmica dos recursos da saúde e a figura dos consórcios intermunicipais

Avançar para um modelo de política pública de saúde capaz de efetivar os ideais constitucionais de igualdade, justiça, segurança, bem-estar e desenvolvimento é o maior desafio atual dos governos nacional, estadual e municipal brasileiros. Esse cenário também é uma realidade de diversos outros países mundo afora. Por essa razão, o desafio é superar as disparidades, as contradições e os antagonismos existentes na constituição da sociedade brasileira, esses com reflexos gravados no modo de atuação das estruturas estatais.

Embora não se descartem os inúmeros avanços atingidos pelas sucessivas reformas já realizadas na administração pública brasileira, ainda vige um modelo de organização e funcionamento centrado no controle dos meios, alicerçado em um ordenamento jurídico obsoleto, cuja característica principal são as lacunas e as sobreposições de regras desalinhadas com os novos paradigmas e valores constitucionais contemporâneos. Esse descompasso com as necessidades atuais e o modelo de administração pública que incapacita o poder regulatório do Estado imobilizam a sua ação executiva voltada para os ideais nacionais.

O que se tem atualmente é um modelo de gerência de atuação direta e indireta, apoiada nas disposições do Decreto Lei nº 200, de 1967, que, na sua maioria, estão alicerçadas em normas que se encontram em total desarticulação com essa norma. Tanto o Decreto Lei nº 200, mais conhecido como a lei orgânica da Administração Pública, quanto a Lei nº 4.320, de 1964, conhecida como a lei de finanças (principais marcos

regulatórios da administração pública brasileira) são da década de 1960, quando o país ainda estava sob as experiências do período militar.

Desse fato decorre a fragmentação do conjunto de leis e normas que rege, atualmente, a administração pública e gera impactos significativos na área social, ou seja, os impactos da ação estatal deveriam se caracterizar pela prestação positiva de serviços à população menos burocratizada e com mais resultados concretos. As áreas sociais necessitam de agilidade, flexibilidade e qualidade, de modo que é preciso abolir antigas formas, construídas sob o espírito da desconfiança da discricionariedade do administrador, envoltas no paradigma do controle do ato, do processo, e não do resultado esperado.

Embora a figura dos consórcios intermunicipais estivesse presente na legislação nacional desde a Constituição Federal de 1937, como pessoas jurídicas de direito público, seu reconhecimento era apenas formal, não existindo consórcios públicos nas estruturas da administração pública daquele período. Foi somente com o reconhecimento dos Municípios e do Distrito Federal como entes federativos, mediante a descentralização das receitas públicas, que a figura dos consórcios começou a se disseminar pelo país.

Com a previsão na Constituição de 1988, pelo artigo 30, inciso X, de um dispositivo explícito, ocorreu o encorajamento da cooperação entre os Municípios, e segundo o qual "compete aos municípios legislar sobre assuntos de interesse local"

(Brasil, 1988). Surge assim a figura dos Consórcios Públicos, com o intuito de propor, aos processos administrativos dos entes consorciados, tecnologias jurídico-institucionais consistentes a fim de instrumentalizar adequadamente, e especialmente, os Municípios, para o provimento direto de benefícios aos cidadãos (Lima Caldas; Belic Cherubine, 2013, p. 58).

Consórcios públicos são considerados organizações resultantes da disposição de cooperação dos atores políticos relevantes de diversos Municípios (prefeitos), que decidem cooperar entre si para resolver problemas relativos a um tema ou a um setor específico (Caldas, 2008), ou seja, consórcios são formas de cooperação, podendo ser entre entes federados de mesmo nível (horizontal) ou de níveis diferentes (vertical). A partir da Lei nº 11.107/2005 os consórcios passaram a ser definidos como contratos firmados entre os entes federativos para a consecução de atividades de interesse comum, dotados de personalidade jurídica.

Até a Emenda Constitucional nº 19, a figura do consórcio intermunicipal continuou no âmbito da Administração Pública como

pacto de cooperação, de natureza menos complexa, no sentido de suas formalidades e estruturas administrativas, igualmente aos convênios. Foi a partir dela, com a Reforma Administrativa, que ocorreu a inserção do artigo 241 da Constituição Federaç com a seguinte redação:

> A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

É importante ressaltar que a CF atribuiu competência a cada ente federado para dispor sobre a figura do consórcio no âmbito de sua administração, contudo, o entendimento era de que eles eram contratos e, portanto, a União deveria, dentro da esfera de sua competência, dispor de maneira geral sobre os contratos e disciplinar sobre os consórcios em âmbito nacional. Vale lembrar que, embora a figura dos consórcios intermunicipais tenha se oficializado com a Constituição de 1988, antes mesmo já existiam Municípios consorciados, a exemplo do Estado de São Paulo, que criou os primeiros consórcios entre 1983 e 1986, porém ainda não existia legislação que especificasse a forma legal de constituição desses consórcios.

A esse mesmo período o propósito era criar medidas que facilitassem o alcance de soluções para problemas de ordem local e que esses fossem resolvidas de maneira simples e desburocratizadas. Os primeiros consórcios foram criados para solucionar problemas para atividades no campo da segurança alimentar nutricional, e foi em 1987 que se constituiu o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis, no Estado de São Paulo. Foi criado como uma associação civil e submetido às regras de direito privado (Lima Caldas; Belic Cherubine, 2013, p. 57-58).

Posteriormente surgiram muitos outros consórcios com atuações distintas, porém na área da saúde a Lei nº 8.080/90 foi paradigmática ao mencionar expressamente sobre os consórcios administrativos intermunicipais, encorajando alternativas para o desenvolvimento de ações conjuntas pelos entes consorciados, ao prever em seu artigo 10 que:

> Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondem.
>
> § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

Foi somente com a aprovação da Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, ao dispor "sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos", que passou a existir uma regulamentação específica para os consórcios públicos (Brasil, 2005). De acordo com o artigo 2º desse decreto, consórcio público é

> 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).

De acordo com esse dispositivo, os consórcios públicos podem realizar ações de planejamento, regulação, fiscalização ou prestação de serviços públicos mediante transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. Nesse sentido, Dieguez (2011, p. 299) afirma que os consórcios existem para a produção de políticas públicas, e não apenas para a aproximação política dos gestores municipais sem qualquer comprometimento mais específico, como, por exemplo, com áreas sociais. A representação da cooperação entre Municípios deve produzir decisões relevantes de forma compartilhada, voltadas a atender o que os atores identificarem como problemas comuns em suas agendas governamentais locais.

Os consórcios no Brasil, portanto, passaram a ser instrumento de gestão local e já haviam se institucionalizado como importante ferramenta de gestão antes mesmo da regularização da legislação. Trata-se de uma figura intergovernamental consolidada no aspecto da prática da cooperação intermunicipal com capacidade de realizar políticas públicas sólidas, para resolver os desafios sociais e de desigualdade regional, sendo por isso, no que diz respeito ao sistema de saúde púbica, o grande desafio das regiões é gerar estratégias para políticas públicas que garantam a sustentabilidade do sistema para as presentes e futuras gerações.

Atualmente, o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e a cada uma compete assegurar o aporte regular e suficiente de recursos ao respectivo fundo de saúde, por força do que determina o artigo 194 da Constituição, ou seja, a saúde integra a seguridade social, juntamente com a previdência social e a assistência social. Por força do inciso VI, do parágrafo único desse mesmo dispositivo, a seguridade

social será organizada pelo poder público, observada a diversidade da base de financiamento (Brasil, 1998).

O seu artigo 195 estabelece que o financiamento da seguridade social é um dever suportado por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como de outras contribuições. Ainda, de acordo com o princípio da diferenciação, previsto no § 1º do mesmo artigo, "as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União" e, em consideração aos princípios da autonomia e da integração, presentes no § 2º do artigo 195, "a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias", assegurada a cada área a gestão de seus recursos (Brasil, 1998).

Diante do tratamento constitucional direcionado ao financiamento do SUS, pode-se dizer que o Brasil possui uma estrutura de financiamento sólida. Ainda existe, todavia, um abismo sobre os critérios de aplicação dos recursos para as ações e os serviços de saúde, o que faz com que algumas áreas agonizem com a falta de investimentos suficientes. Isso ficou transparente com a pandemia da COVID-19, quando essa escancarou a falta de estrutura material e humana da rede pública de saúde, em todo o país, para o atendimento de uma demanda que só cresceu.

Essa realidade fez com que se priorizasse o atendimento da situação pandêmica, deixando de lado outros tratamentos, como cirurgias eletivas e tantos outros casos considerados menos graves ou menos urgentes. A conta disso tudo ainda está por vir, pois a pandemia se arrasta, somando-se a ela todos os demais atendimentos que ficaram sobrestados.

Para entender melhor como funciona a dinâmica dos recursos da saúde, é preciso lembrar que a EC 29/2000 foi um marco histórico para o financiamento da saúde, pois ratificou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social e definiu percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL). Para os Estados o percentual mínimo ficou em 12%, e para os Municípios o percentual ficou em 15%. Por outro lado, para o governo federal não foi estabelecido um percentual mínimo vinculado à RCL, apenas ficou determinado que deve ser respeitado o valor empenhado no exercício anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual

correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrido no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA), e, caso a variação do PIB no período for negativa, essa não poderá ser deduzida do Orçamento para a Saúde, estabelecendo que o repasse não poderia ser inferior a 15% da arrecadação anual.

Como parte do contexto do financiamento do SUS, foi sancionada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabeleceu uma metodologia de distribuição dos recursos por parte da União aos Estados, Distrito Federal e Municípios, ratificando o texto do artigo 35 da Lei nº 8.080/90, dispondo para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais seriam os gastos com saúde e quais as despesas que não podem ser incluídas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Prevendo, ainda, no artigo 37, a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Em 2015 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86, a qual, embora tenha definido o percentual mínimo de investimento em saúde para a União em 15% da RCL, também incorporou uma regra transitória crescente ao longo de 5 anos, iniciando em 13,2% até atingir os 15%. Tal medida foi considerada um retrocesso para saúde pública brasileira, uma vez que o valor que previsto para ser investido em 2016 seria inferior ao já aplicado em 2015. Ainda, em 2016 foi aprovada a EC nº 95, que limita os gastos federais pelo período de 20 anos, passando a corrigi-los pela inflação do ano anterior e, quanto à saúde, não será mais pelo crescimento da RCL (Brasil, 2016).

Diante de todos esses desencontros e legislações, que hora põem e hora tiram recursos das transferências obrigatórias, com objetivo de possibilitar maior autonomia dos gestores da saúde, especialmente no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que tratou de alterações sobre as normas de financiamento e da transferência dos recursos federais, oriundos do Fundo Nacional de Saúde, para as despesas com as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Uma das principais mudanças que essa portaria estabeleceu foi a previsão do artigo 3º.

O artigo 3º estabeleceu que a partir de 2018 o repasse dos recursos financeiros federais, destinados ao financiamento das ações e serviços de

saúde e transferidos aos entes federados na modalidade fundo a fundo, seriam organizados e transferidos na forma de blocos, assim definidos: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os repasses, que anteriormente eram divididos em seis blocos, agora são disponibilizados em apenas dois, tornando o controle e a organização dos gestores municipais muito mais minuciosa. Isso tudo porque em uma única conta serão recebidos recursos de diversas ações. No entanto, parece que esse modelo atual separa de forma mais transparente os fluxos orçamentários e financeiros da saúde (CNM, 2018, p. 21).

Todos os recursos são administrados em contas bancárias exclusivas para essa finalidade, constituindo os Fundos de Saúde de cada ente federado. Essas contas estão sujeitas à fiscalização dos Conselhos de Saúde[4] e dos demais Órgãos de Controle. Assim, em cada esfera de governo existe um Fundo de Saúde, ou seja, na esfera federal o Ministério da Saúde administra os recursos da União por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Na esfera Estadual, o Fundo Estadual de Saúde (FES) é gerido pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Por fim, na esfera municipal, os Fundos Municipais de Saúde (FMS) são geridos pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Cada ente define o teto de financiamento dos recursos destinados às ações e aos serviços de saúde. Na esfera federal esse teto é chamado de Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor a ser destinado para cada um dos Estados e Municípios é definido com base na Programação Pactuada Integrada (PPI). Já o teto financeiro dos Estados integra os tetos de todos os Municípios da sua base territorial, habilitados ou não em qualquer uma das condições de gestão. É composto pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM) também é definido segundo a programação integrada e submetido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) à Secretaria Estadual de Saúde (SES), após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Isso significa que todos os tetos, pisos, frações, índices, bem como suas revisões, devem ser definidos com base na PPI, e negociadas nas Comissões Intergestoras, formalizados por

4 Os conselhos de saúde são responsáveis pela fiscalização dos consórcios, esses que são considerados como um ente jurídico (da federação) executor de serviços de saúde, de maneira compartilhada e interfederativa, sujeitando-se a todos os regramentos impostos a qualquer outro ente da administração pública indireta, tal qual as autarquias ou as fundações.

atos dos gestores estadual e federal, e aprovados previamente em cada um dos conselhos (CES e CNS).

Percebe-se que, embora os consórcios públicos sejam arranjos institucionais que surgiram ainda na década de 80 no Brasil e tenham se disseminado durante quase 20 anos de forma praticamente informal, a sua formalização, enquanto organização púbica, e sua capacidade de disponibilizar serviços públicos, nas mais diversas áreas, permite abrir um leque de possibilidades para se discutir a viabilidade de os consórcios intermunicipais implementarem políticas públicas financeiras que garantam a sustentabilidade do acesso à saúde pública.

4.4 Poder local e a atuação coordenada dos consórcios intermunicipais na gestão dos recursos financeiros da saúde

Diante das dificuldades que os Municípios enfrentam dentro do pacto federativo, é preciso compreender qual o lugar ocupado por ele, sobretudo em qual contexto o Município é reconhecido como ente que compõe a federação brasileira. Diante da qual possui o papel de corresponsável de trabalhar em prol do interesse local e da melhoria da qualidade de vida da população que pertence à sua base territorial local e regional.

No Brasil, a história da federalização ocorreu de forma diversa da de outros países. Isso porque o Brasil não era composto de Estados soberanos, mas era, na verdade, um Estado Unitário, embora possuísse características descentralizadas, ou seja, possuía um poder central e pouca autonomia para os Estados, não podendo esses intervirem na condução dos rumos do país. Por conta disso, o regime federal brasileiro se estabeleceu por desagregação, segundo o qual os Estados Membros promoveram sua desagregação e a imediata agregação, sob a forma de Federação, a um poder central e não mais único.

A partir do Decreto nº 510, de junho de 1890, intitulado de Constituição Provisória, estabelecia-se, pelo seu artigo 67, que os "Estados organizar-se-ão, por leis suas, sob o regime municipal, com as seguintes bases: 1º Autonomia do Município, em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse; 2º Eletividade da administração local" e, por seu parágrafo único, que "uma lei do Congresso organizará o Município do Distrito Federal" (Brasil, 1890). Na sequência, a Constituição de 1891 organizou o poder político brasileiro, destinando competências aos Estados, além de fazer

menção à proteção da forma federativa, instituindo a repartição de receitas e a participação dos Estados no poder central (Brasil, 1891).

Entretanto, segundo Meirelles (2006), vigorou no Brasil, por quase 40 anos, a Constituição de 1891, perante a qual não houve autonomia municipal, devido à cultura do centralismo, da opressão coronelista e, especialmente, da incultura do povo, que aceitava passivamente os Municípios como feudos de políticos que mandavam e desmandavam nos seus distritos de influência, como se o Município fosse sua propriedade particular. Não bastasse isso, outros aspectos, como a extensão territorial e o abandono por parte do império de Portugal, deixaram os Municípios brasileiros desamparados.

Por isso, percebe-se que no transcorrer da história brasileira o processo de descentralização facilitou a introdução da Federação e fortaleceu os ideais federalistas, dadas as dimensões territoriais do país e a dificuldade de controle por um único poder. Dessa feita, a atual Constituição de 1988 restabeleceu a autonomia municipal e aos poucos o povo restaura sua confiança no seu governo local, passando a idealizá-lo como um ente autônomo, pois é dele que almeja as soluções para anseios e demandas imediatas.

Ressalta-se que a autonomia não é poder originário constitucional, mas sim uma prerrogativa política concedida e limitada pela Constituição da República, ou seja, a autonomia municipal não resulta de eventual delegação do Estado Membro que o Município integra, mas da própria Constituição. Sendo assim, o Município pode ser conceituado sob três aspectos: (i) Legal – é pessoa jurídica de direito público interno, segundo o artigo 41, inciso III, do Código Civil Brasileiro (CCB), dotado de capacidade civil para o exercício de direitos e para contrair obrigações, além de responder pelos atos que seus agentes praticarem, conforme artigo 37, § 6º, da CF; (ii) Político – o Município é entidade estatal de terceiro grau segundo a ordem federativa, a qual possui atribuições próprias e governo autônomo, esse ligado ao seu Estado por preceitos constitucionais fortes; e, por último, sob o aspecto (iii) Sociológico – o Município se constitui num agrupamento de pessoas de um mesmo território, com interesses comuns e afetividade recíproca, que se reúnem em sociedade para a concretização de necessidades individuais e desempenho de atribuições coletivas de peculiar interesse local (Meirelles, 2006, p. 128).

A participação social é uma realidade dos Municípios brasileiros, tendo em vista que a presença da sociedade civil faz parte da construção

das políticas públicas estatais. Dentre elas, pode-se destacar a participação em consultas populares, no orçamento participativo (normalmente realizado mediante audiências públicas que acontecem antes da deliberação legislativa para aprovação do orçamento anual), nos conselhos gestores e de fiscalização de políticas públicas voltadas para os Direitos da Criança e do Adolescente e de Idosos, além de nas ouvidorias, que são um importante canal de aproximação do usuário dos serviços públicos prestados pelo Município.

O princípio da participação popular na elaboração das políticas públicas é a possibilidade de formular ações articuladas entre a sociedade civil e o ente estatal. Além disso, pelo princípio é possível estabelecer formas de participação ativa e crítica na construção das políticas públicas, garantindo mecanismos eficazes de fiscalização e controle, pois amparados nas exigências e demandas da sociedade quanto à efetivação da política que se está criando, com qualidade e na quantidade adequada à demanda.

Para Sen é indispensável a participação social no processo de elaboração das políticas públicas reconhecendo que,

> A questão da discussão pública e participação social é, portanto, central para elaboração de políticas em uma estrutura democrática. O uso de prerrogativas democráticas – tanto as liberdades políticas como os direitos civis – é parte crucial do exercício da própria elaboração de políticas econômicas, em adição a outros papéis que essas prerrogativas possam ter. Em uma abordagem orientada para a liberdade, as liberdades participativas não podem deixar de ser centrais para a análise das políticas públicas (2000, p. 134).

No entanto, sabe-se que o desafio de melhorar as políticas públicas não será alcançado sem o compromisso firme com o princípio da responsabilidade compartilhada (União, Estados e Municípios), segundo o qual a sociedade e o Estado possuem o dever de assegurar os direitos fundamentais a todos aqueles que os demandarem. No aspecto das políticas públicas de saúde, os custos com saúde relacionados ao envelhecimento da população, por exemplo, foram encarecendo ao longo dos últimos anos, elevando à preocupação dos gestores municipais.

Segundo aponta estudo realizado, o envelhecimento da população por si só não é um dado alarmante, pois não causa grande influência no aumento do custo em saúde, e isso se deve ao fato de que as camadas mais pobres da população têm dificuldade de acesso aos tratamentos de saúde, sobretudo em países de baixa renda. Os estudos apontam que a influência do envelhecimento se deve mais à tecnologia aplicada aos idosos

em internações hospitalares, fator determinante para o custo elevado do tratamento da população idosa, que passa a conviver mais com doenças crônicas, de longa duração, cuja relevância está no financiamento dos cuidados em saúde (Brito; Freitas; Mesquita; Lima, 2013, p. 161-178).

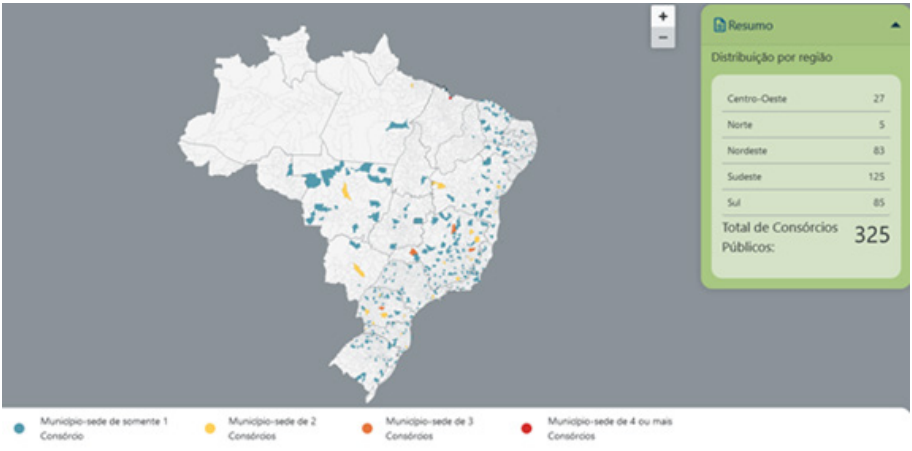
Outros entraves sistêmicos também acabam encarecendo os custos com as políticas de saúde púbica e dentre eles estão a busca por centros especializados de cuidados intensivos para soluções de doenças crônicas, elevado o custo das internações, altas margens nos materiais e medicamentos utilizados, etc. Tudo isso sem contar com outros custos, como desperdícios e ineficiência, que pouco ou nada são mensurados. Por isso, um componente institucional se tornou fundamental nesse processo de modernização e instrumentalização do ente estatal municipal e está a se falar dos consórcios públicos intermunicipais, que surgiram para otimizar muitos desses custos operacionais envolvidos.

Pode-se afirmar que a fragmentação territorial e a falta de clareza quanto às responsabilidades comuns de cada ente federativo, somados à baixa capacidade de financiamento por parte de alguns municípios, são fatores que alavancaram a criação dos consórcios públicos intermunicipais, que passaram a ocupar um espaço relevante no ambiente local e regional, especialmente após a Constituição Federal de 1988. No Brasil, em 2018, existiam 491 consórcios públicos, e em 2021 foram mapeados 601 consórcios públicos, segundo dados técnicos da Confederação Nacional de Municípios (CNM), disponível no portal do Observatório de Consórcios Públicos Intermunicipais (CNM, 2021, p. 33).

Desse total, 444 foram constituídos sob as regras da Lei dos consórcios nº 11.107/2005, e 210 foram criados antes da sua vigência (março de 2005). Após esse período foram criados 115 consórcios, dentre os quais 103 possuem como finalidade máxima atuar na área de atenção à saúde, seguidos pelos consórcios que atuam na política de resíduos sólidos e de saneamento básico (Henrichs, 2021, p. 205-207).

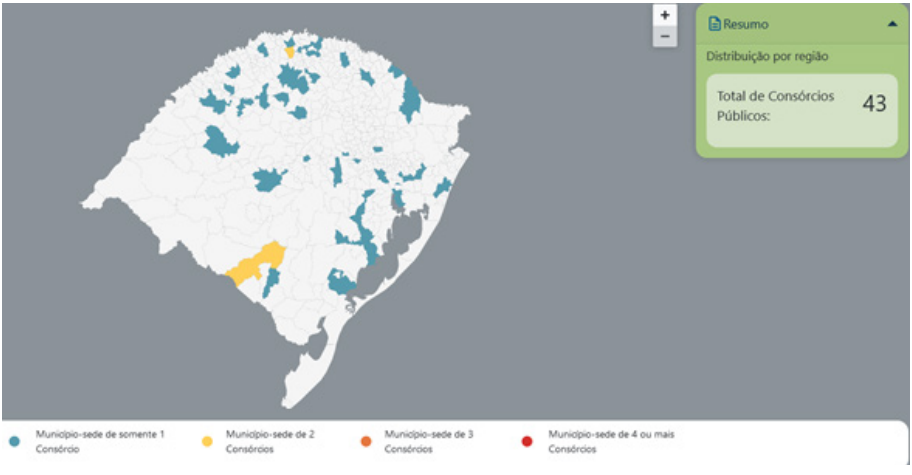
Na área da saúde estão mapeados 325 consórcios distribuídos pelas cinco regiões do Brasil: Centro-Oeste possui 27, Norte possui 5, Nordeste possui 83, Sudeste possui 125 e a região Sul possui 85. A região sudeste é a que possui maior quantidade de consórcios, seguidas pelo Sul. Somente no Estado do Rio Grande do Sul foram identificados 43 Consórcios Públicos e dentre esses apenas dois Municípios são sede de dois consórcios, enquanto os demais são sede de apenas um consórcio, conforme se observa na figura abaixo.

Figura 3 – Distribuição de Consórcios Públicos no Brasil



Fonte: https://www.consorcios.cnm.org.br (Adaptado).

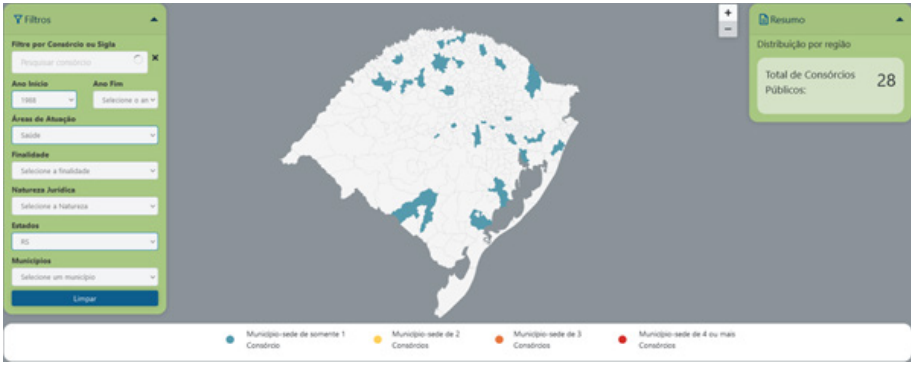
Figura 4 – Distribuição de Consórcios Públicos no Rio Grande do Sul



Fonte: https://www.consorcios.cnm.org.br (Adaptado).

Do total de consórcios do RS, vinte e oito (28) estão constituídos para atuarem na área da saúde. Desse total, três (3) são finalitários, cujas áreas que mais se destacam são saúde, resíduos sólidos e educação, enquanto os demais (24) possuem finalidade múltipla, ou seja, atuam em mais de uma área.

Figura 5 – Distribuição de Consórcios Públicos de Saúde no Rio Grande do Sul



Fonte: https://www.consorcios.cnm.org.br

Dentre os inúmeros desafios que os municípios do RS enfrentam, os principais são lidar com qualidade técnica, financeira e administrativa que ocasiona, consequentemente, em restrições à capacidade de atender as demandas de saúde da sua população. Por isso, as estratégias para lidar com a crise pandêmica foram intensificadas, voltando-se para a intensificação de ações voltadas para a instância regionalizada de gestão da saúde, envolvendo as Coordenadorias Intergestoras Regionais, criadas a partir das definições das Regiões de Saúde e da Consolidação da importância dos Consórcios Públicos Intermunicipais para o estabelecimento de ações integradas, a fim de organizar as demandas advindas do aumento das requisições do SUS.

Ao apropriar-se dos benefícios que a estrutura regionalizada dispunha, essa que consolidou-se a partir dos anos 1990 como um modo de organização de ações e serviços de saúde em uma dada região (a fim de assegurar a integralidade de atendimento a todos os usuários), possibilitou-se aos Municípios integrantes racionalidade nos gastos efetuados, bem como a otimização dos recursos humanos e técnicos. O processo ocorrido durante a crise pandêmica demonstra a necessidade de regionalização da gestão da saúde dentro de um escopo que possa complementar a descentralização municipal e instrumentalizar os entes municipais com menores estruturas (Lui; Schabbach, Dalla Nora, 2020).

Considerando a R16 de saúde, da qual a AMAU faz parte, a maioria dos Municípios é de porte pequeno em relação ao tamanho da população, como pode ser visualizado na Tabela 7. Para se entender melhor a análise, utilizou-se como parâmetro populacional de cada Município a seguinte denominação: Municípios Pequenos, com população inferior a 10 mil habitantes; Municípios de Porte Médio, com população entre 10

e 50 mil habitantes; e Municípios Grandes, com população superior a 50 mil habitantes. Analisando os dados de abrangência com o tamanho da população, constata-se que 71,87% dos Municípios possuem menos de 5 mil habitantes, 18,75% dos Municípios possuem entre 5 e 10 mil habitantes, 6,25% dos Municípios possuem população entre 10 e 50 mil habitantes e apenas 3,12% corresponde a Municípios com mais de 50 mil habitantes que, no caso da R16, apenas um município (Erechim) se enquadra.

Em outro dado encontrado, observa-se que a maioria dos consórcios do RS são formados por Municípios com menos de 50 mil habitantes, distribuída entre parecerias em áreas como de saúde, infraestrutura, saneamento básico, agricultura, educação e assistência social. Percebe-se que os problemas das cidades do Estado do RS são semelhantes, da menor à maior delas. A importância da cooperação intermunicipal é fundamental para superar as dificuldades e preservar os recursos financeiros que são escassos. Atuar de forma cooperada no Município, onde a vida acontece diante dos olhos de todos, é o caminho para otimizar os recursos e ampliar a capacidade de investir, seja na pandemia, nos momentos de crises financeiras ou para oferecer um futuro melhor às pessoas por meio da sustentabilidade das políticas públicas.

Levando-se em consideração as inúmeras finalidades que os consórcios públicos podem assumir, reveladas a partir da análise da legislação nacional, verifica-se que é factível valer-se dessa figura para instrumentalizar inúmeras ações para políticas púbicas de saúde, pelas quais será possível reafirmar a versatilidade dos consórcios públicos, cujas atribuições suportam o implemento de outras categorias sempre que houver a necessidade e o interesse; e, claro, contanto que não se extrapole as competências constitucionais dos entes consorciados. Dessa maneira, necessário reforçar que o consórcio público não detém competências originárias, pois o eixo principal de sua atuação, que deve estar claramente expresso no protocolo de intenções, origina-se dos seus entes consorciados, mediante ato voluntário e consentido, pelo qual delegam à nova pessoa jurídica a sua implementação, deslocando suas competências para outro ente, sem, contudo, as renunciar (Neto, 2005, p. 17).

Constata-se, portanto, que os gestores municipais possuem ao seu dispor um importante instrumento de gestão para garantir, ainda que a longo prazo, ganhos significativos de sustentabilidade e sobrevida às políticas públicas. As quais podem ser potencializadas ao longo do

tempo, melhorando a solidez da autonomia política, administrativa e, especialmente, financeira, como será melhor esclarecido no capítulo seguinte.

Capítulo 5

COOPERAÇÃO FINANCEIRA HORIZONTAL E VERTICAL: DA NECESSIDADE DOS MUNICÍPIOS CRIAREM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PARTIR DE UM PLANEJAMENTO INTEGRADO E SUSTENTÁVEL

Pelo presente capítulo se objetiva analisar, de forma abrangente e ultrapassando o escopo da Associação de Municípios do Alto Uruguai – AMAU, no Estado do Rio Grande do Sul (universo onde foram coletados os dados primários para), os consórcios públicos, suas principais características e seu funcionamento como indutores do processo de inovação das políticas públicas de saúde. Além disso, traz no debate a estrutura dos consórcios públicos, a fim de se rediscutir a forma como são financiados os consórcios intermunicipais.

Dentro desse universo de possibilidades são apresentados os principais entraves ao fortalecimento desse importante aliado dos entes municipais, razão pela qual se apresentam grandes dificuldades para a implementação de melhorias para as políticas públicas, especialmente na área da saúde. A partir dessa construção teórica/institucional, são apontados os possíveis mecanismos de instrumentalização para criação de ações para as políticas públicas financeiras por meio dos consórcios públicos, como mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, cujo principal objetivo é a melhoria da qualidade de vida de todos.

Por último, ao se repensar as políticas públicas financeiras visando dar maior efetividade aos consórcios públicos, especialmente aos intermunicipais, são apresentadas contribuições para a melhoria do aporte de financiamento das políticas públicas de saúde a partir de adaptações legislativas. Assim, sugere-se alteração na Portaria nº 1.434, de 28 de Maio de 2020, a qual "Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir

a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde", bem como se sugere alterações da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, posto que é essa lei que, conforme dispõe em seu artigo 1º, "regula, em todo o território nacional, ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado".

5.1 Rediscutindo a estrutura de financiamento dos consórcios intermunicipais

Parte-se do entendimento de que os convênios estabelecidos pelos consórcios públicos são importantes ferramentas para o desenvolvimento das políticas públicas locais e regionais, pois favorecem o fortalecimento do poder local. Consequentemente, cria-se um ambiente de confiança e de aproximação das pessoas com o Estado, fazendo surgir modelos de gestão efetivamente democráticos e que auxiliam na redução das desigualdades sociais, por meio da melhoria dos espaços públicos, do acesso aos serviços públicos (saúde, educação, moradia, etc.), gerando cada vez melhores condições de vida a todos.

Além disso, considera-se que as políticas públicas são fluxos de decisões públicas, direcionadas para a manutenção do equilíbrio social ou para injetar desequilíbrios com a finalidade de modificar a realidade existente. Trata-se de estratégia que surge do desejo de um grupo que participa e influencia o processo decisório das ações que compõe determinada estrutura de política, seja ela local, regional ou nacional (Saraiva, 2006). Nada mais é que o governo em ação, formulando políticas públicas e as transformando em propósitos, programas e ações que produzirão resultados e mutações no mundo real das pessoas (Souza, 2006, p. 26).

Por outro lado, há de se ressaltar que cada política pública é processada de forma diferente, pois são geradas a partir de grupos ou demandas distintas, e, embora sigam os mesmos níveis de estágio (identificação, definição, inserção na agenda política, formulação, implementação e avaliação), necessitam de recursos financeiros variados e adaptações segundo as peculiaridades de cada local. Nesse sentido, Vianna destaca que:

> Análises de políticas públicas requerem, porém, além das generalidades que a ciência política oferece – qualquer que seja a abordagem adotada –, saberes específicos, já que se concretizam em ações específicas, setoriais.

> Áreas como saúde coletiva, planejamento urbano, desenvolvimento agrário, entre tantas, mobilizam saberes próprios para avaliar propostas, projetos e ações que configuram as práticas singulares rotuladas como políticas públicas. Na interdisciplinaridade, saudável em princípio e indispensável no caso, reside o germe da discórdia (entre os saberes aplicados das técnicas e os saberes generalistas das ciências sociais) e, também, o cerne das dificuldades teóricas para a conceituação de política pública, espremida que fica entre a generalidade de um saber e os particularismos de outros (2009, p. 79).

Nesse sentido, para implementar políticas públicas efetivas e eficazes no âmbito municipal, interessa encontrar mecanismos que fortaleçam o poder local, de modo que todo cidadão seja incluído, de acordo com sua necessidade. Infelizmente, para a maioria delas, é necessário investimento público, dispêndio de recursos financeiros, investimento em equipe técnica e qualificada, bem como insumos diversos. Contudo, em virtude não só das mutações das sociedades, marcadas pelo individualismo e pela competividade, percebeu-se o recomeço da retomada pela importância da comunidade e dos laços de fraternidade, entre pessoas e Municípios, pois a sociedade se viu fragilizada diante da crise social, política e econômica que se instaurou.

A partir das circunstâncias excepcionais, a esfera local ampliou significativamente sua atenção para a saúde pública e para o setor econômico, aumentando consideravelmente os gastos financeiros para poder manter uma certa estabilidade social. Por conta disso que a cooperação institucional foi o combustível para a concretização das ações, por meio da partilha de responsabilidades, compensando-se aquilo que faltava aos entes individualmente, e, além de cooperação, foi preciso o desenvolvimento de habilidades, esforço e receptividade ao outro para conseguir agir em conjunto, superando dificuldades e ambiguidades do espinhoso caminho (Senett, 2012, p. 09).

No âmbito das questões de saúde, agudizadas pela situação pandêmica, o fortalecimento da identidade coletiva da região, por meio do sentimento de pertencimento a uma comunidade e da importância do resgate do princípio da territorialidade e da reinserção do princípio da solidariedade, fortaleceu a região como um todo, unindo ainda mais os gestores municipais em torno dos interesses comuns, trazendo ganhos imensuráveis para a redução das desigualdades sociais existentes. Um exemplo importante da Região 16, que é atendida pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, especialmente para procedimentos de média

a alta complexidade, foi o projeto "Um abraço ao Santa[5]", lançado em fevereiro de 2019.

O projeto teve como principal objetivo implantar melhorias na estrutura física do hospital, revitalizando quartos de internação, por meio de termo de adoção e seguindo as especificações de acordo com o projeto arquitetônico disponibilizado. As adoções puderam ser realizadas por empresários, entidades ou cidadãos mediante doações dos recursos financeiros necessários para a revitalização das estruturas adotadas (HSTE, 2019).

Outra ação desenvolvida foi o projeto "Somos todos Santa[6]" que teve o objetivo de realizar melhorias administrativas via programa organizacional nas dependências da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim. As ações foram executadas, voluntariamente, pelas equipes administrativa e gerencial do hospital, tendo como propósito principal organizar os espaços, padronizar a sinalização visual, verificar os ambientes com relação a equipamentos e mobiliários, melhorar as estruturas e os fluxos e, com isso, qualificar as ações e os serviços de saúde da atenção terciária. Essa era uma demanda que surgiu dos usuários, demonstrando que, para qualificar os serviços públicos, nem sempre se faz necessário dispender de investimentos financeiros, basta atitude e vontade para pôr em prática a escuta feita com a sociedade (PM-Erechim, 2021).

Por outro lado, sabe-se que os custos com a manutenção da saúde pública são elevados e demandam um esforço enorme dos gestores municipais. A via consorcial foi a alternativa para fazer render os recursos financeiros, até o presente momento, demonstrando que são os consórcios que melhor conseguem dar o suporte necessário que os Municípios precisam, especialmente aos Municípios menores, que são altamente dependentes dos recursos financeiros repassados pela União, tendo em vista que possuem baixa capacidade de arrecadação própria (Arretche, 2012).

Sabe-se, no entanto, que os consórcios públicos são basicamente financiados pelos recursos repassados pelos entes consorciados, mediante contrato de rateio, conforme previsto no artigo 8º da nº Lei nº 11.107/2005. Alguns consórcios movimentam mais recursos do que alguns Municípios

5 As informações do projeto estão disponíveis na página virtual oficial da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim. Disponível em: https://www.fhste.com.br/transparencia/informacoes_diversas/. Acesso em: 11 fev. 2022.

6 As informações do projeto estão disponíveis na página oficial da Prefeitura Municipal de Erechim. Disponível em: https://www.pmerechim.rs.gov.br/noticia/15754/18-10-2021/projeto-somos-todos-santa-agrega-acoes-de-saude-no-hospital. Acesso em: 11 fev. 2022.

da região, demonstrando a importância da organização no contexto regional (Lui, 2019, p. 133).

Nesse aspecto, as principais fontes de recursos dos consórcios públicos serão aquelas determinadas, segundo os objetivos do consórcio público, pelos entes da federação que optarem em se consorciar. Assim sendo, os consórcios públicos podem receber recursos de diferentes fontes de financiamento, dentre as quais as apontadas a seguir como as principais:

a. recursos financeiros transferidos pelos entes da Federação consorciados, previstos em contrato de rateio;
b. oriundos de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de bens públicos por eles administrados;
c. firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo que não compõem o consórcio público;
d. de bens móveis ou imóveis recebidos em doação e as transferências ou cessões de direitos por força da gestão associada de serviços públicos;
e. derivadas da receita de prestação de serviços públicos transferidos por ente consorciado ou por outro ente da federação; e
f. outras receitas próprias.

Além disso, os consórcios podem ser contratados pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação para a prestação de serviços ou fornecimento de bens, de forma a impedir que sejam custeados pelos demais. Nesse caso, quando celebram contratos com os gestores locais para a prestação de serviços de saúde, podem ser remunerados dentro da Tabela SUS. O financiamento do SUS, conforme dispõe a Emenda Constitucional nº 29/2000, é de responsabilidade comum aos três níveis de governo, ou seja, federal, estadual e municipal.

Todo e qualquer pagamento realizado pelos prestadores de serviços de saúde é operacionalizado pelo nível de governo responsável pela sua gestão. Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza o mesmo sistema de informações para os Serviços Ambulatoriais (SIA) e para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Especificamente para as internações hospitalares, embora o pagamento do serviço prestado seja descentralizado, o processamento das informações

pelo SUS é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

Segundo essa dinâmica, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, que é definida pelo Ministério da Saúde, para pagamento aos prestadores de serviços de saúde (Brasil, 2003). Assim, independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a tabela única para cada procedimento. Na composição dos valores é desejado que o prestador de serviços utilize de forma eficiente os recursos disponíveis, entendendo que dessa forma o recurso repassado pelo sistema seja adequado para a realização dos procedimentos demandados (Cordeiro, 1991).

A mensuração da sustentabilidade financeira do setor está prevista na Lei nº 8.080/90, a qual estabelece que a definição de critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento dos serviços aos prestadores, deve estar amparada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade da execução dos serviços contratados. Além disso, dispõe que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (Brasil, 1990d). Por essas premissas, fica legalmente explicitado a necessidade de que a remuneração aos prestadores de serviços do SUS respeite o equilíbrio econômico e financeiro da relação pactuada entre as partes, de maneira que os valores dos repasses cubram os custos dos serviços prestados por eles.

Contudo, na prática, existem grandes reclamações por parte dos prestadores, alegando que a tabela do SUS não condiz com os custos atuais dos procedimentos, ocasionando riscos operacionais ao setor. Isso ocorre porque, segundo especialistas, os custos dos tratamentos foram aumentando ao longo das décadas, em função da introdução de novas tecnologias e de novos medicamentos para os tratamentos que nem eram conhecidos quando da criação das normativas (Medici, 2001; Barnum; Kutzin, 1993; Schramm, 1987). Além disso, se for adicionada à equação a falta de recursos e o surgimento de novas enfermidades, a situação da gestão das organizações se complica ainda mais (Souza et al., 2009).

Aliado a isso, observa-se que os prestadores de serviços ao SUS não conhecem os reais custos dos procedimentos que realizam, pois na sua maioria não possuem controle permanente dos seus gastos (Botelho, 2006). Com isso, os riscos de desequilíbrio financeiro dessas entidades são potencializados, gerando um impacto em toda a cadeia. Sendo assim, torna-

se necessário que os prestadores tenham uma gestão adequada dos custos - com demonstrativos honestos, refletindo os custos reais dos procedimentos - pois, ao se conhecer quanto se gasta em cada procedimento, facilita-se a identificação e a correção das falhas existentes, retrabalhos, desperdícios, entre outros problemas, que só podem ser solucionados com aplicação adequada dos recursos, especialmente em organizações prestadoras de serviços ao SUS (Wensing; Beuren; Durieux, 2006).

O financiamento do SUS e sua sustentabilidade é preocupação permanente de todos os envolvidos no processo de garantir universalidade e integralidade no atendimento, especialmente em um cenário marcado por uma pandemia e por tantas restrições de recursos financeiros. A legislação que regula o sistema de gestão da Tabela de Procedimentos do SUS é a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017[7], Seção VII, Artigo 324, que trata da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS atualizou essa tabela em 2020, com inclusões, alterações e exclusões segundo a Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020, publicada no Diário Oficial da União (DOU). Foram consideradas necessárias as mudanças efetuadas, pois foram incluídos procedimentos direcionados a profissionais como cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros profissionais e não apenas a médicos, enfermeiros e técnicos, como antes.

Ressalta-se que embora a tabela tenha sido corrigida e os valores sejam pré-fixados, isso não supre outras necessidades, como a de informações precisas acerca dos custos gerados, pois são essas que irão garantir confiabilidade e suficiência de repasses para a cobertura dos custos efetivos ocorridos. Em um setor como a saúde pública, em que os recursos não são nada abundantes, a mensuração dos custos é extremamente importante, pois é por meio da contenção deles que será possível atender a um número maior de pessoas, além de garantir qualidade e sustentabilidade (Bittar, 2000).

Nesse sentido, defende-se a inclusão de práticas inovadoras para o financiamento do SUS, voltadas para a qualidade e a equidade de ações e serviços de saúde, que vão além de tratamentos médicos curativos, para

7 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 14 fev. 2022.

amenizar os problemas existentes. O caminho a ser percorrido deve ser pela superação de alguns problemas.

Dentre as inúmeras possibilidades, destaca-se: compatibilizar os princípios constitucionais do SUS com o efetivo acesso ao direito à saúde; produzir serviços de saúde considerando as políticas de saúde, as políticas econômicas e as políticas sociais (essas devem caminhar juntas). Além disso, deve ser superada a dicotomia entre prevenção e cura, por meio da busca contínua do aperfeiçoamento do capital humano e técnico; respeitar as normas do SUS à luz das necessidades das pessoas, e não de interesses de grupos; incentivar o controle social, a transparência e a gestão compartilhada; abrir-se para uma nova concepção de Estado e sociedade e, especialmente, comprometer-se com novas propostas de gestão compartilhada para ações em saúde, inclinadas a melhorar o uso de procedimentos e recursos financeiros.

A gestão compartilhada por meio da ação dos consórcios públicos tem se mostrado como um facilitador para a otimização dos recursos e para o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS. No entanto, outro problema enfrentado pelos gestores municipais e que refletem nos consórcios, especialmente da área da saúde, refere-se ao montante de recursos repassados pelo ente consorciado para os custos da saúde. Cabe ressaltar que os valores dos repasses são pactuados no acordo de cooperação via contrato de rateio. Os valores são previstos de acordo com a capacidade de cada ente consorciado para custear as despesas do Consórcio, como custos de instalação e manutenção da sede; custos com remuneração de empregados; custos com execução do objeto e finalidades do Consórcio; bem como outras despesas administrativas[8].

A tabela a seguir mostra alguns exemplos de contratos de rateio para o ano de 2022 do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO NORDESTE DO RS - CIRENOR[9].

---

8 Informações retiradas da página oficial do Consórcio Intermunicipal da Região Nordeste do RS – CIRENOR. Disponível em: https://www.cirenor.rs.gov.br. Acesso em: 15 fev. 2022.

9 O CIRENOR tem por finalidade a realização dos interesses comuns dos entes consorciados na implementação de suas múltiplas políticas públicas. Podendo desenvolver atividades e projetos ligados a Meio Ambiente, Saúde, Turismo, Cultura, Infraestrutura, Saneamento, entre outros. Sua sede está localizada em Sananduva/RS e possui caráter multifuncional, concentrando sua atuação ao somatório das áreas territoriais dos entes consorciados, sendo eles: Água Santa, Barracão, Cacique Doble, Capão Bonito do Sul, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Maximiliano de Almeida, Machadinho, Paim Filho, Sananduva, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Tapejara, Tupanci do Sul e Vila Lângaro. Disponível em: https://www.cirenor.rs.gov.br. Acesso em: 15 fev. 2022.

Tabela 2 – Exemplos de contratos de rateio em 2022 do CIRENOR

CIRENOR		
MUNICÍPIO	**CONTRATO**	**VALOR**
SÃO JOSÉ DO OURO	016/2022	R$ 32.100,00
TAPEJARA	017/2022	R$ 61.236,00
VILA LÂNGARO	019/2022	R$ 20.868,00
MAXIMILIANO DE ALMEIDA	010/20220	R$ 27.384,00
SANANDUVA	012/2022	R$ 52.080,00

Fonte: https://www.cirenor.rs.gov.br

Pelos contratos de rateio, observa-se que o instrumento tem por objetivo regulamentar a contribuição financeira dos Municípios que fazem parte do CIRENOR, para a operacionalização, o funcionamento e a manutenção, aderindo, assim, às formalidades já constituídas e aprovadas pelos Municípios fundadores do CIRENOR e suas posteriores alterações. No site também é possível acompanhar os Editais de Pregão Eletrônico e Presencial, coordenados pelo consórcio, esses com objetivo de adquirir bens e serviços para os entes consorciados.

A maior parte do financiamento dos consórcios é realizada por meio das transferências diretas ou indiretas de recursos do SUS aos Municípios. A previsão do montante a ser repassado é realizado por contrato de rateio, por meio do qual o valor previsto de repasse pelo ente municipal ao Consórcio normalmente é previsto no Termo de Adesão, com previsão para ser realizado por meio de aditivos, ou seja, os valores serão previstos de forma específica segundo cada plano de trabalho ou área de atuação, constando da seguinte forma:

> [...] Para a realização do objetivo deste CONTRATO DE ADESÃO, fica autorizado o rateio financeiro, através de cotas mensais do município com o CIRENOR para manutenção e pagamento de serviços prestados, bem como investimentos futuros, tais como aquisição de bens que entenderem-se necessários, os quais integrarão o patrimônio do CIRENOR.
>
> § 1° - Serão celebrados TERMOS ADITIVOS ao presente, inserindo objetos específicos, planos de trabalho, definição dos recursos financeiros a serem utilizados com base em planos de aplicação previamente elaborados, definição da equipe técnica e do executor, com

> cronograma de execução com as especificações e atribuições de cada uma das contratantes, conforme as áreas de atuação do Consórcio[10].

A forma específica de transferência de recursos do SUS depende de habilitação dos Municípios às diferentes condições de gestão, de acordo com o estabelecido na Norma Operacional Básica nº 01/96, que prevê duas formas de gestão municipal: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde (Brasil, 1996). De modo geral, o financiamento ocorre por meio da combinação de três fontes básicas: quotas dos Municípios consorciados (pactuadas segundo critérios populacionais e/ou utilização dos serviços); de recursos provenientes diretamente do SUS; e de recursos oriundos das Secretarias Estaduais de Saúde. Podem ainda receber recursos do Ministério da Saúde por serviços prestados, do Estado sob a forma de materiais ou equipamentos, repasse de medicamentos ou insumos médico hospitalares de enfermagem, ou, ainda, da contribuição voluntária das prefeituras (Teixeira; Mac Dowell; Bugarin, 2003).

Em relação aos recursos federais, o financiamento de ações e serviços, objeto do acordo, deve ser orientado seguindo as diretrizes estabelecidas na Lei nº 8.142/90. Segundo o seu artigo 3º, parágrafo 3º, não está prevista a transferência direta (Fundo a Fundo) para os consórcios, mas sim somente aos Municípios, Estados e Distrito Federal (Brasil, 1990). Quanto ao Fundo Nacional de Saúde, a Lei estabelece no artigo 2º, inciso IV, que os recursos serão alocados de acordo com a cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementadas pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (Brasil, 1990).

Ademais, quando o consórcio for o responsável por um estabelecimento de saúde, esse receberá recursos na condição de prestador, ou seja, o pagamento será pelo serviço prestado. Quanto à possibilidade de recebimento de transferências voluntárias, segundo o artigo 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), transferências voluntárias estão definidas como a entrega de recursos financeiros a outro ente da federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000).

Quando as transferências voluntárias se destinam a consórcios públicos, essas serão alocadas visando a execução de projeto ou atividade

10 Informações retiradas da página oficial do Consórcio Intermunicipal da Região Nordeste do RS – CIRENOR. Contrato de Adesão nº 036/2020 do Município de Tapejara/RS. Disponível em: https://www.cirenor.rs.gov.br. Acesso em: 15 fev. 2022.

de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação, conforme disciplinado pelo Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, e pela Portaria Interministerial nº 424, de dezembro de 2016. No Brasil, alguns exemplos de intervenientes são a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil que, em alguns casos, atuam também como apoio técnico à execução dos projetos no âmbito municipal (Alvares, 2016; Silva; Medeiros, 2015).

Além disso, diante das inúmeras dificuldades de gestão, muitos Municípios passaram a criar estruturas responsivas às organizações federais, como o caso de secretarias e departamentos específicos para tratar de convênios, consultorias e capacitações, o que garante que as ações tenham um ciclo saudável e breve. Já os Municípios que não conseguem formar essas estruturas, muitas vezes acabam por perder os recursos federais e não executando certas políticas necessárias ao desenvolvimento das suas cidades por falta de planejamento e coordenação (Alvares, 2016; Silva; Medeiros, 2015).

Segundo Ferreira (1979), o planejamento é uma ação contínua e contempla três fases: preparação do plano, acompanhamento da ação e revisão crítica dos resultados. Sendo assim, não basta preparar e organizar as ações; para alcançar os objetivos propostos é fundamental acompanhar e revisar todas as ações, resolvendo sem improvisação os problemas e circunstâncias inesperadas que surgem.

Corroborando essas análises, os Municípios brasileiros passaram a identificar a necessidade de organizar, melhorar e operacionalizar a gestão das políticas públicas a fim de tornar eficiente o desenvolvimento dos projetos em âmbito municipal. Isso reforça uma das razões para a criação de equipes específicas para lidar com o planejamento e a gestão do Município, muitas vezes identificadas como escritórios de projetos. Os escritórios de projetos são formados por "um pequeno grupo de pessoas que têm relacionamento direto com todos os projetos, seja prestando consultoria e treinamento, seja efetuando auditoria e acompanhamento de desempenho" (Prado, 2000).

Com isso, percebe-se a importância por novas estruturas que venham a somar na Administração Pública Municipal, que se caracteriza por transformar velhas práticas em uma gestão orientativa, profissionalizada e direcionada para resultados positivos e inovadores. Por isso, de maneira geral, os recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde pelos consórcios, da mesma maneira que ocorre em relação às demais ações de saúde, devem seguir as diretrizes estabelecidas no artigo 195 da

Constituição Federal, ou seja, devem ser oriundos da seguridade social, que é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988).

Dessa forma, o financiamento pode ser originado do Tesouro Nacional, da Secretaria de Saúde do Estado, do Ministério da Saúde, de doações, aplicações, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas. Sendo assim, no que diz respeito ao gasto público com saúde, sabe-se que o Brasil é marcado por uma realidade de restrições orçamentárias de toda ordem, o que enseja demanda reprimida, instituições funcionando em situações precárias, regulamentações confusas, falha nos critérios de elaboração e avaliação das políticas públicas, dentre tantas outras situações. Com isso, o que se observa do cenário pandêmico é uma duplicação de esforços e dificuldades de se definir o alvo para ações sociais efetivas sem, contudo, desrespeitar o cumprimento dos limites constitucionais mínimos para gastos com saúde.

Segundo o que determina os artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal (1998), regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012 (que define o que pode ser contabilizado com gastos na área da saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento por parte de União, Estados, Distrito Federal e Municípios), os investimentos para o setor de saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão corresponder a 12% (doze por cento) de sua receita, e para os Municípios o percentual é de 15% (quinze por cento) dos impostos arrecadados por esse. Vale ressaltar que a lei não determina valor máximo, porém o investimento nunca pode ser inferior ao mínimo, pois esses valores são fiscalizados pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Já que se trata de direitos sociais, exige-se dos gestores públicos maior eficiência, devendo sempre se desenvolver ações positivas para que não ocorra nenhum tipo de desvio ou restrição.

Os dados de financiamento do SUS, para fazer valer o direito de acesso da população, são monitorados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS[11], ferramenta que contribui para o cumprimento da aplicação mínima de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. O SIOPS é um sistema informatizado, de alimentação obrigatória e de acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento,

11 Informações retiradas da página oficial do Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS sobre a gestão e financiamento da Saúde. Disponível em: https://www.gob.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops. Acesso em: 15 fev. 2022.

armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde.

Em relação aos desafios de financiamento do SUS, defende-se que parte dos recursos que o setor necessita, para o enfrentamento das necessidades e demandas retidas, poderia ser obtida mediante a aplicação de medidas de aumento da eficiência na prestação de serviços por meio da gestão associada dos entes municipais. Isso porque, para melhorar o desempenho nesse setor e otimizar os recursos disponíveis, é preciso levar em consideração a capacidade produtiva e econômica de cada região, bem como a evolução e os impactos epidemiológicos instaurados pela COVID-19, que já deu os primeiros sinais por demanda de novas tecnologias e novos insumos (vacinas), o que aumentará os gastos com saúde nas próximas décadas.

5.2 Mecanismos de instrumentalização para criação de políticas públicas financeiras por meio dos consórcios públicos para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública

A garantia de financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS) está presente desde a criação desse sistema, como questão vital para a efetivação do direito ao acesso a bens e serviços públicos de saúde de forma universal, igualitária e integral no Brasil. Evitar o esvaziamento do enunciado do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 passa pela correta alocação de recursos ao SUS.

Isso será possível por meio da criação de mecanismos que assegurem a oferta de bens e serviços, com a qualidade, a quantidade e a tempestividade necessárias ao atendimento à população. Por isso, os consórcios públicos intermunicipais integram esse rol de mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública brasileira.

O debate em torno desse tema sempre esteve presente ao longo dos últimos anos, porém a preocupação com a sustentabilidade do sistema para o setor da saúde aflorou com a pandemia da COVID-19. Esse também é o norte de motivação para o embasamento do livro, que vê a necessidade de fortalecer o sistema de saúde pública por intermédio de políticas públicas financeiras adequadas e suficientes para aumentar os recursos públicos destinados a subsidiar a assistência à saúde. Nesse sentido, serão apontados

mecanismos considerados aptos e oportunos para que as mudanças necessárias ocorram.

Dentre as possibilidades existentes, destacam-se a importância do fortalecimento do espaço local (aqui considerado como Município), os estímulos à participação comunitária e o fortalecimento dos laços comunitários para o exercício da cidadania, a construção de capital social forte, a superação de conflitos políticos e da competitividade entre os entes, e o incentivo ao fortalecimento dos mecanismos de cooperação federativa por meio dos consórcios públicos intermunicipais. Além desses, destaca-se também a necessidade de se avançar com as reformas tributária e administrativa, bem como com a reformulação do pacto federativo.

Quanto aos estímulos à participação comunitária e ao fortalecimento dos laços comunitários para o exercício da cidadania, esses se apresentam como grandes desafios a serem superados, em face dos novos arranjos sociais contemporâneos. Além disso, o cenário pandêmico instaurado, especialmente a partir de março de 2020, revelou a necessidade de os governos se aproximarem dos cidadãos, de forma segura, para transmitir informações corretas e suficientes sobre a pandemia e suas interfaces nos diferentes espaços sociais. No entanto, além da situação pandêmica e de toda a incapacidade do sistema de saúde, especialmente dos Municípios de pequeno porte, confrontou-se também a deficiência dos canais de comunicação entre a sociedade e a administração pública (Taffarel, Cruz, 2021, p. 2014).

Essa situação fez com que as instituições locais — Município, associações, hospitais, unidades de saúde, dentre outras — aprimorassem seus canais de comunicação, melhorando e aproximando a sociedade da administração pública. A interação aconteceu especialmente por intermédio de comunicações virtuais, amparadas pela Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021, a chamada "Lei do Governo Digital", que permitiu a inclusão de novas ferramentas tecnológicas para facilitar essa interação com as pessoas. Por conta dessa nova possibilidade, foi possível também a validação dos atendimentos médicos virtuais, ou seja, da chamada "telemedicina", para as situações em que se poderia dispensar o atendimento presencial, o que representou um grande avanço na área médica (Taffarel, Cruz, 2021, p. 2014-215).

Diante de um cenário imposto por uma pandemia que ceifou milhares de vidas, a posição do ente público municipal no Brasil sai fortalecida, pois revelou sua real importância ao conseguir unir esforços com

outros entes municipais por meio das associações de municípios, entidades e empresas, e aproximar a gestão da população. Houve, de fato, uma quebra de paradigmas quanto ao papel desempenhado pelos Municípios, que fortaleceu o poder local, constituindo-o como espaço qualificado de articulação com a sociedade, sem, contudo, perder o vínculo com os limites constitucionais estabelecidos, decorrentes da relação federativa (Hermany, 2007, p. 255).

Os estímulos gerados por meio dessas interações tecnológicas foram frutíferos para incentivar a participação comunitária e o fortalecimento dos laços comunitários para o exercício da cidadania em prol da vida de todos. A comunidade se uniu para buscar soluções e captar insumos para combater a pandemia e depois doar as arrecadações aos setores de saúde e demais entidades que trabalhavam na linha de frente, combatendo o tão temido vírus e sua propagação.

A ação direta do poder público foi o elemento determinante para que houvesse esse resgate do sentido de comunidade, respeito, solidariedade e amor ao próximo. Pode-se dizer que é o modelo de gerência da atuação governamental que faz com que a atuação pública viabilize a prestação de muitos serviços de saúde. Nesse caso, o exercício das competências públicas interagindo com a sociedade civil possibilitou a prestação de serviços à população por meio de simples ajustes, porém com resultados expressivos. Quando o poder público estabelece relações de cooperação e colaboração com agentes sociais ou com o mercado, na intenção de alcançar os objetivos públicos, não ocorre delegação ou descentralização de competências, mas tão somente uma adequação, eficaz e eficiente, da atuação direta dos órgãos da administração pública para a concretização do interesse público (CONASS, 2015, p. 14-15).

Na área social e assistencial, especialmente, tais interações são fundamentais para a construção de capital social forte e para a superação de conflitos políticos e da competitividade entre os entes públicos, pois o objetivo é favorecer e fortalecer o desenvolvimento de certas atividades ou serviços públicos, de forma a ampliar a qualidade de suas especificações técnicas, otimizar insumos e atingir maior alcance da ação estatal. Ou seja, há duas variáveis implícitas nesse modelo de gerência que inclui a comunidade, e que vale ressaltar: atuar de forma cooperada, incluindo a comunidade, é um instrumento para o desenvolvimento da sociedade; e a maneira como o setor público se organiza, respeitando os interesses e a

participação social, reflete, em grande parte, na qualidade e na eficiência das prioridades políticas locais (CONASS, 2015, p. 116).

Contudo, essas experiências demonstram que a existência de forças políticas com capacidade gerencial dá sustentação às propostas perante a comunidade, bem como que a capacidade de governança e de governabilidade disponíveis são instrumentos que demonstram a capacidade estatal de mobilizar esforços em torno dos interesses locais e diminuir os riscos envolvidos no processo. Além disso, o grau de organização e preparo das forças políticas revela o nível de cidadania de cada comunidade, capaz de influenciar os processos de formulação, rejeição, avaliação e controle das políticas públicas, especialmente quando envolvem capacidade financeira para sua execução.

Para uma sociedade se desenvolver e enfrentar as crises — sejam elas sanitárias, econômicas ou de outra ordem —, existem diversos fatores a serem considerados, ou seja, não há um modelo ideal a ser seguido, mas sim parâmetros que indicam que determinados padrões gerenciais são propícios a produzir resultados favoráveis no âmbito das políticas públicas. Partindo desse pressuposto, de que o campo gerencial para o fortalecimento e a sustentabilidade das políticas públicas de saúde pressupõe soluções geradas a partir da experimentação de novas condutas, para que se possa obter respostas aos novos padrões de demandas da sociedade contemporânea, defende-se que as condições políticas, econômicas, culturais e a capacidade administrativa de cada local devem ser levadas em consideração.

Por isso, defende-se também que, para que a capacidade administrativa dos entes locais, especialmente dos Municípios menores, seja instalada, é preciso criar um ambiente para novos modelos de gestão pública, com novos e eficientes arranjos organizacionais, conjugados com modelos de controle e de fiscalização que não possibilitem desvios ou desrespeito aos ditames constitucionais pré-estabelecidos. Nesse sentido, no que diz respeito ao incentivo e ao fortalecimento dos mecanismos de cooperação federativa por meio dos consórcios públicos intermunicipais, essa alternativa se apresenta como mais uma ferramenta apta à conjugação de esforços entre o poder local e a sociedade, para a redução das desigualdades sociais preponderantes.

Modernamente, o homem conseguiu evoluir de sua essência natural, de ser competitivo, para uma versão otimista de cooperação, pois percebeu que as trocas que ocorrem no processo de cooperação beneficiam intensamente as partes. A busca pelo equilíbrio entre competição e

cooperação fez a sociedade contemporânea evoluir pela conjugação de esforços (Senett, 2012, p. 158).

Embora manter um equilíbrio entre ambientes e regiões seja difícil, pois os ambientes natural e social estão em constante mutação ou transformação, as trocas percorrem caminhos de equilíbrio e de transformação dos espaços, demonstrando os benefícios e impregnando os espaços de esperança para um futuro melhor. Isso ocorre porque se cria uma identidade coletiva, estimulada pelo sentimento de pertencimento a uma comunidade, pelo respeito ao princípio da territorialidade e pela ressignificação do princípio da solidariedade no contexto social.

Assim, ao se considerar o espaço local do Município a partir da ideia de Estado Democrático de Direito, e respeitando-se a força normativa da Constituição, impõe-se realocar o processo de construção e aplicação das decisões políticas para além dos limites da administração pública, aproximando as pessoas do Estado e de suas decisões, objetivando a redução das desigualdades sociais no espaço público, sem que isso importe o abandono ou a rejeição das instituições estatais (Hermany, 2007). Nesse sentido, considera-se o campo das políticas públicas como um fluxo de decisões públicas aptas a manter o equilíbrio social e orientadas para modificar realidades (Saraiva, 2006). O conjunto de estratégias governamentais, traduzidas em propósitos, programas e ações governamentais, produz mudanças e resultados no mundo real das pessoas, o que se pode denominar de governo em ação (Souza, 2006, p. 26).

Logo, o poder local se torna ambiente fértil para o desenvolvimento das cidades. Além disso, o Estado, como ente regulador, indutor e garantidor da ordem pública, não está mais distanciado de seus comandados, devendo pensar e agir de acordo com as necessidades de seus cidadãos (Ruediger; Riccio, 2005, p. 20). Por isso, é preciso demarcar novos espaços de participação e de comunicação das políticas públicas como novos e modernos instrumentos de planejamento, pois somente assim será possível alcançar melhores níveis de eficácia na gestão dos interesses coletivos, construindo uma sociedade com acesso à cidadania plena, que represente os novos sujeitos sociais e o papel que cada um desempenha na vida do outro, como ser social e comunitário (Leal, 2006).

Por isso, outra questão crucial é avançar com as reformas tributária e administrativa e com a reformulação do pacto federativo. Todas essas precisam ser articuladas, pois existem inter-relações entre elas que não surtirão efeitos caso sejam manejadas de forma isolada, já que a busca

constante pelo desenvolvimento econômico e social necessita de equilíbrio entre os diferentes segmentos do Estado.

Para que as mudanças ocorram na sociedade brasileira, são necessárias bases institucionais firmes, porém com desenvolvimento econômico e social paralelos, pois o Estado brasileiro é capitalista e não há como sustentar um Estado social sem recursos financeiros provenientes das bases econômicas do país. Do contrário, não haverá desenvolvimento econômico satisfatório, e apenas a desigualdade e a exclusão social continuarão a se perpetuar (Kliksberg, 1998).

Outra opção favorável ao fortalecimento dos Municípios menores seria a fusão ou incorporação de Municípios, embora sejam situações que demandam profunda reflexão e ação frente a suas diferentes necessidades, bem como muita compreensão e amadurecimento social, político e jurídico dos envolvidos. Do ponto de vista jurídico, essas ações estão previstas no artigo 18, §4º, da Constituição Federal, porém dependem de Lei Complementar Federal (até o momento inexistente), de plebiscito com as populações envolvidas, e também de estudo de impacto e viabilidade municipal (Brasil, 1988). E não só isso: precisa-se também de interesse e vontade política para olhar para a própria localidade e perceber o que é melhor para todos, pois manter um Município sem viabilidade social e econômica é matar a esperança de um futuro melhor.

Contudo, a saída mais prática encontrada pelos entes municipais até o momento foi a opção pela cooperação federativa por meio dos consórcios públicos intermunicipais. Por meio deles foi possível favorecer e fortalecer as partes envolvidas, reforçando as ações conjuntamente, sem esgotar a capacidade financeira dos entes envolvidos. Nesse sentido, ao se tomar o Município como referência para uma gestão compartilhada de interesses comuns, e ao se definir as bases da gestão social em termos territoriais, define-se a partir de qual ponto as diversas iniciativas ganharão consistência e coerência, e de onde serão articulados os mecanismos participativos capilares da comunidade ou da região envolvida, para o cumprimento das finalidades estabelecidas no momento da criação da ferramenta de gestão compartilhada (Dowbor, 2017).

Assim, é importante aperfeiçoar as experiências existentes e identificar outras condicionantes que garantam a continuidade das iniciativas positivas existentes nas mudanças das gestões municipais, mas, acima de tudo, é importante identificar outros fatores e mecanismos indutores para a melhoria das políticas públicas municipais. Como

não existe um modelo único para a cooperação de Municípios, Estados ou União, busca-se, nas iniciativas de financiamento, a opção para o fortalecimento das gestões municipais como principal mecanismo para o sucesso das políticas públicas locais.

5.3 Contribuições para a melhoria do aporte de financiamento das políticas públicas de saúde

A conciliação dos temas explorados nos quatro capítulos anteriores deste trabalho conduz a uma inferência, qual seja, a de que é possível e razoável repensar a política financeira para dar maior efetividade aos consórcios públicos, especialmente aos intermunicipais, como forma de garantir a sustentabilidade da saúde pública nos Municípios. Esse é o objetivo deste último ponto do capítulo sexto, no qual se verificará, a partir da leitura sistemática da CF, se há necessidade de os Municípios criarem políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismo de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da atividade financeira do Estado, exercida em colaboração por todos os entes políticos que integram a Federação brasileira, para o financiamento das políticas públicas, especialmente as de saúde. No contexto pandêmico, o tema das políticas públicas de saúde teve destaque exponencial, haja vista a série de ações governamentais necessárias à proteção dos direitos fundamentais. Outrossim, as políticas públicas são consideradas um problema de direito público, em sentido lato, existindo um vínculo intocável entre estas e os demais ramos do direito público[12], tais como o constitucional, o administrativo, o financeiro e o tributário, conforme apontado no presente estudo (Bucci, 2002, p. 241).

Ademais, não se pode esquecer que os direitos possuem um custo, ou seja, as liberdades dependem diretamente da disponibilidade de receita pública obtida pelo Estado, destacadamente as oriundas da receita tributária. Em outras palavras, segundo lição de Ricardo Lobo Torres (2005, p. 4), "o tributo é o preço da liberdade", servindo de instrumento para proteger o homem do Estado, sem a real necessidade de entregar

12 A relação decorre do próprio sentido da expressão política pública, entendida como programa de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (Bucci, 2002, p. 241).

qualquer prestação permanente, contínua ou duradoura de serviços para ter sua liberdade garantida.

Scaff (2008, p. 83), ao tratar da igualdade republicana, destaca a ligação existente entre direito financeiro e direitos humanos, apontando que o gasto público está diretamente ligado ao exercício dos direitos fundamentais, independentemente da dimensão a que se enquadre. Nessa mesma linha, Bucci (2002, p. 257-258) faz menção à proximidade entre as noções de políticas públicas e de planos governamentais, destacando o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Educação, dentre outros, e defendendo que, para a compreensão das políticas públicas, é essencial a compreensão do regime das finanças públicas. Por essas linhas, percebe-se o indispensável diálogo existente entre a atividade financeira do Estado e a concretização das políticas públicas de proteção dos direitos fundamentais, especialmente os sociais.

Como é sabido, a doutrina apresenta diferentes finalidades para a existência do Estado, mas, quanto à atividade financeira, essa é colocada como finalidade do Estado para o atendimento das necessidades públicas. Deodato (1987, p. 06) compila o conceito de atividade financeira do Estado como sendo a procura de meios para satisfazer necessidades públicas, apontando serem estas infinitas, e afirmando que o Estado é o maior criador e consumidor das riquezas por ele geradas. No entanto, o grande problema que se instala é saber efetivamente quais são as prioridades públicas, tendo em vista que as necessidades públicas são infinitas e os recursos para atendê-las são escassos, especialmente pelo crescente desenvolvimento tecnológico, que passa a demandar novas necessidades para o seu atendimento (Scaff, 2006, p. 118).

Com a intervenção do Estado na maioria das atividades humanas, principalmente nas de cunho social e, sobretudo, nas estabelecidas no texto constitucional, cresce substancialmente a importância de estudos sobre as necessidades públicas, tornando-as decisões da agenda política. Para tanto, cabe ao Estado dizer a quais necessidades pretende dedicar esforços para o seu atendimento (Oliveira; Horvath, 2003, p. 19). É essa interferência do Estado para provê-las que dá o colorido de pública a uma necessidade surgida do texto constitucional, ou da lei, e incluída na agenda política do Estado (Baleeiro, 1994, p. 2).

Nesse sentido, se ao Estado cabe assumir todas as atividades que lhe incumbem, por outro lado ele não deve assumir além destas. A questão aqui posta é fazer refletir sobre o quanto o Estado pode fazer e o quanto ele

deve fazer com os meios disponíveis. Por isso, a gestão das finanças públicas assume papel relevante, obrigando o Estado a eleger quais atividades e quais meios serão utilizados para a satisfação das necessidades públicas.

Assim a peça orçamentária, em termos políticos e em sistemas democráticos, é de suma importância, pois é nela que estarão elencadas as respectivas prioridades de despesas e o montante dos impostos que será destinado (Souza Franco, 1974, p. 171). Tais decisões financeiras devem ser formuladas e revisadas anualmente, justamente pela constante alteração do cenário das necessidades públicas.

Os anos de 2020 e 2021 foram tomados por reviravoltas nas previsões financeiras dos Estados (nacionais e internacionais) devido à pandemia de 2019. As demandas surgidas a partir da disseminação da doença fizeram com que muitas políticas públicas fossem deixadas de lado, para que fosse possível atender às demandas da pandemia, especialmente na área da saúde. As escolhas públicas feitas pelos gestores demonstram a projeção de um cenário de muita dificuldade financeira para os próximos anos na área da saúde, especialmente pelas demandas reprimidas em face da pandemia.

Constata-se que o mundo todo não estava preparado para enfrentar o temido vírus; no entanto, as demandas por consultas médicas e cirurgias, deixadas de lado para atender à urgência pandêmica, apresentam um problema gigante no pós-pandemia. No Brasil, somente em 2020 foram adiadas mais de um milhão de cirurgias eletivas, e mais de 200 mil diagnósticos de câncer entraram para a fila de espera (Souza, 2021). Esses exemplos são apenas a ponta do iceberg da realidade do problema que se instaurou, de modo que se precisa de planejamento e organização urgentes para com as políticas públicas de saúde.

Estudos apontam que somente no RS existem mais de 14 mil cirurgias gerais e aproximadamente 13 mil cirurgias traumatológicas reprimidas na saúde pública, ampliando ainda mais as filas de espera no SUS. Isso sem falar nas filas de espera por exames e tratamentos oncológicos e demais especialidades para doenças raras. A maioria dos municípios do RS alega ter dificuldades de acesso a procedimentos de alta e média complexidade, cuja oferta é atualmente feita pelo governo do Estado e pela União.

Segundo a FAMURS, a solução seria investir na ampliação da rede hospitalar das microrregiões de saúde, descentralizando ainda mais a política de atendimento, atualmente concentrada nos grandes centros,

que não estão dando conta das demandas. No entanto, para que isso seja possível, os Municípios demonstram que é preciso que o Estado zere sua dívida com eles, bem como que será necessário mais investimento da União e a atualização da tabela do SUS, pois os valores atualmente repassados são insuficientes para cobrir os custos e reduzir as filas de espera (Secretaria da Saúde/RS, 2021).

Diante desse cenário, fica evidente a importância e a relevância do tema desenvolvido, pois, ainda que as escolhas públicas sejam influenciadas por pressões sociais e/ou econômicas, elas visam, em última instância, suprir as necessidades públicas - infinitas -, sendo imprescindíveis ações governamentais e novos mecanismos para implementá-las. Por conseguinte, a opção constitucional pelo federalismo tem sólida ligação com o Estado Democrático de Direito, conduzindo de forma descentralizadora, em que as liberdades devem ser conservadas, mas, sobretudo, ampliadas e defendidas (Elali, 2005, p. 24).

Assim, tem-se como baliza a Constituição Federal de 1988, que fortificou a descentralização administrativa (respeitadas, por óbvio, as ácidas críticas quanto à descentralização de receitas), permitindo que as políticas públicas fossem desenvolvidas com maior proximidade das pessoas (esfera local), de modo que o acesso fosse facilitado, e cujo objetivo é propiciar autonomia aos entes subnacionais, conferindo-lhes meios de financiamento das tarefas finalísticas (Oliveira, 2006, p. 64). Nesse sentido, a autonomia financeira é elemento fundamental para garantir a autonomia dos Municípios e a própria sobrevivência da federação em termos financeiros.

O presente estudo tem por objetivo verificar se há necessidade de os Municípios criarem políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismo de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública. Nessa perspectiva, passa-se a analisar os possíveis instrumentos disponíveis aos entes públicos municipais, respeitando-se os parâmetros constitucionais, para conferir sustentabilidade à saúde pública, especialmente a partir dos dados apontados na região da AMAU.

Desse modo, analisando-se a forma de Estado Federal brasileira, cujo objetivo primeiro é tutelar a aliança, o pacto, a igualdade e a descentralização, o legislador pátrio definiu a forma federativa como cláusula pétrea, conforme disposto no artigo 60, §4º, inciso I, da Constituição Federal, impossibilitando que essa premissa seja vilipendiada

em sua essência (Brasil, 1988). Diante disso, sendo o federalismo fiscal uma técnica de garantia de direitos, os limites do poder de emenda constitucional devem ser submetidos aos limites impostos pelo texto constitucional, ou seja, emendas constitucionais que objetivem adulterar o pacto federativo, respectivamente a autonomia financeira dos entes federados, não serão permitidas, por serem consideradas inconstitucionais (Oliveira, 2006, p. 63). Por outro lado, quanto à alteração do pacto federativo para ampliar a autonomia financeira, não há impedimento.

É nesse sentido que tramitam as propostas de alteração do pacto federativo. O pacto federativo nada mais é que uma divisão de tarefas entre os entes federados, dizendo respeito também a como são distribuídos e arrecadados os tributos. O problema é que, ao longo dos anos, a União sempre ficou com a maior participação dos recursos arrecadados, ao mesmo tempo em que passou a descentralizar mais ações e responsabilidades aos Estados e Municípios. Eis aqui o grande problema, e onde reside a busca pelo equilíbrio para a manutenção das políticas públicas nos Estados e Municípios.

Infelizmente, durante a escrita do livro, o novo pacto federativo ainda se encontrava pendente e, ao invés de avançar, medidas como a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para a linha branca, fixada em 25%, deixam os Municípios ainda mais vulneráveis, pois diminuem a receita a eles repassada, já que o imposto compõe a cesta de impostos compartilhados com os Municípios, repassados por meio do FPM. Qualquer renúncia fiscal implementada pelo governo federal impacta diretamente os repasses aos Municípios e, consequentemente, afeta o equilíbrio e o planejamento orçamentário, bem como a capacidade de cumprir as políticas públicas sob sua responsabilidade.

Dentre as demandas para ajustes fiscais que o novo pacto federativo aborda, está a flexibilização orçamentária sob dois grandes e complexos aspectos: a desvinculação das receitas e a desindexação de despesas. A desvinculação das receitas públicas é mecanismo utilizado desde 1994 pelo governo federal, por meio da chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU). A DRU permite que o governo federal utilize de forma livre e discricionária – ou seja, sem qualquer vínculo – determinada parcela de recursos arrecadada por meio de tributos, anteriormente vinculados a determinadas despesas, dentre elas aquelas voltadas ao atendimento da proteção e da garantia dos direitos sociais.

O que importa para o presente estudo, no entanto, é a constitucionalidade dessa proposta de aumentar ainda mais a desvinculação de receitas, haja vista o conhecido déficit de investimento de recursos nas áreas de maior demanda, como a saúde. Por ter como consequência a redução ainda maior dos valores vinculados ao investimento nas políticas públicas sociais, a desvinculação, ao que parece, aprofunda o fosso das demandas reprimidas na saúde e distancia ainda mais o cumprimento dos objetivos fundamentais previstos no artigo 3º da Constituição Federal (Brasil, 1988). Isso constitui uma afronta ao princípio da proibição de retrocesso.

O princípio da vedação ao retrocesso está consolidado em diversos países, dentre eles Portugal, cuja tradição jurídica é reconhecida pela doutrina e pela jurisprudência acerca de sua materialização e delimitação, influenciando o direito constitucional brasileiro. A concepção portuguesa entende que, uma vez positivados os direitos sociais e econômicos, não é mais possível autorizar sua diminuição ou revogação. Isso ocorre porque eles assumem a condição de verdadeiros direitos de defesa contra medidas de natureza retrocessiva, ou seja, se fossem extintos, estar-se-ia anulando uma série de direitos constitucionais do Estado Democrático de Direito (Canotilho, 2001, p. 368-369).

Embora não esteja expressamente previsto na Constituição brasileira, a presente obra simpatiza com o pensamento de Streck, que, ao lado de outros doutrinadores, reconhece o princípio como implícito no texto constitucional.

> Nesse ponto adquire fundamental importância a cláusula implícita de proibição de retrocesso social, que deve servir de piso hermenêutico para novas conquistas. Mais e além de todos os limites materiais, implícitos ou explícitos, esse princípio deve regular qualquer processo de reforma da constituição. Nenhuma emenda constitucional, por mais que formalmente lícita, pode ocasionar retrocesso social. Essa cláusula paira sobre o Estado Democrático de Direito como garantidora de conquistas. Ou seja, a Constituição, além de apontar para o futuro, assegura as conquistas já estabelecidas. Por ser um princípio, tem aplicação na totalidade do processo aplicativo do Direito (Streck, 2004, p. 706).

Entende-se, portanto, que as conquistas alcançadas ao longo do tempo e da evolução da sociedade não devem ser perdidas ou simplesmente deixadas sob o manto da discricionariedade do administrador público. No mesmo sentido, caminha-se para a desindexação de despesas, embora

sua característica seja mais específica, estando relacionada com os índices utilizados para reajustes (como a inflação, o INPC e o IPCA-E), e com o aumento de recursos para distintos planos e ações de governo em termos de políticas públicas. Previsões de aumento do salário mínimo e dos valores das aposentadorias recebem acréscimos anuais proporcionais ao aumento da inflação (gasto e índice estão diretamente vinculados).

Ocorrendo a desindexação, conforme pretendido pelo novo pacto federativo, esses benefícios podem começar a perder valor proporcionalmente ao avanço da inflação, pois "desindexar" significa tornar os reajustes anuais não automáticos, mas sujeitos à vontade e à discricionariedade da União, já que essas decisões são tomadas a partir do Ministério da Economia, dependentes de sanção do Presidente da República. Entende-se, portanto, que desindexar não é o caminho para sanar o déficit do Brasil em termos de políticas públicas. O caminho a ser buscado deve ser o de melhorias no planejamento do orçamento público, busca por novas fontes de recursos, reforma administrativa e adaptações financeiras para melhorar a destinação dos recursos.

Assim, quanto aos mecanismos financeiros e tributários, o olhar do livro se volta para o ente público municipal, uma vez que a pesquisa está centrada na região da AMAU e nos possíveis mecanismos para a melhoria das políticas públicas de saúde da Região 16 da Saúde. Por conta disso, embora pendente, em nível de governo federal, uma definição sobre a proposta de Reforma Tributária – que impacta diretamente as decisões de Estados e Municípios –, cabe, mesmo assim, apontar alguns mecanismos que poderiam ser utilizados para responder ao problema de pesquisa.

Contudo, tomar-se-á o cuidado de não cair na tentação de seguir caminhos trilhados por pesquisadores anteriores, em que, não raro, ideias aparentemente brilhantes foram propostas ou executadas, mostrando-se desastrosas. Considerar-se-á, contudo, um grande número de ensinamentos deixados por essas experiências, que serviram para o aprimoramento da tributação.

Não se pode olvidar que o sistema fiscal brasileiro vigente é fruto de uma lenta e gradual evolução que passou, inicialmente, pelos propósitos imperiais e, posteriormente, pelos ideais republicanos. Transcorreram-se mais de 30 anos para que o sistema tributário fosse percebido como instrumento econômico e ferramenta a serviço de uma sociedade justa, livre e solidária, e também, sobretudo, importante mecanismo para a erradicação da pobreza, da marginalização e para a redução das desigualdades sociais e

regionais. Sob o aspecto da justiça tributária, o sistema fiscal possui relação direta com a vida comum dos cidadãos e o compartilhamento de encargos e pretensões para o desenvolvimento de uma vida digna para todos (TIpke, 2012, p. 13-14).

Diante desse contexto, aponta-se a reestruturação do sistema de impostos e contribuições dos Municípios como o principal mecanismo para o aporte de recursos públicos, possibilitando sua destinação a investimentos nas políticas públicas de saúde. O texto constitucional estabeleceu as regras destinadas à divisão de competências tributárias e à definição dos fatos geradores que podem ser tributados pelos entes políticos. São os artigos 145, 148, 149, 149-A, 153, 154, 155, 156 e 195 da CF que estabelecem qual é o ente que tributa determinado fato gerador. A tabela a seguir esclarece essas competências constitucionais:

Tabela 3 – Repartição Constitucional e Competências Tributárias

Tributo	**Ente responsável**	**Artigo da CF/1988**
Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria	União, Estados, DF e Municípios	145
Empréstimo Compulsório	União	148
Contribuições Especiais	União	149
Contribuição de Iluminação Públicas	Municípios e DF	149-A
Impostos Federais (II, IE, IR, IPI, IOF, ITR E IGF)	União	153
Novos Impostos e Impostos Extraordinários	União	154
Impostos Estaduais (ITCD, ICMS E IPVA)	Estados e DF	155
Impostos Municipais (IPTU, ITBI E ISSQN)	Municípios e DF	156
Contribuições para a seguridade	União	195
Contribuição para o regime próprio de previdência	União, Estados, DF e Municípios	149, § 1º
Novas Contribuições para a seguridade	União	195, § 4º

Fonte: Autoria própria

Além de dividir as competências tributárias, a Constituição Federal também estipulou parâmetros para a repartição do resultado da arrecadação de determinados tributos. Dessa forma, nem sempre o ente político que detém a competência para instituir e arrecadar o tributo faz jus à totalidade do produto da sua arrecadação.

A exemplo se tem o IR e o IPI, que são dois tributos de competência da União, instituídos e cobrados por ela, porém há 46% do produto da arrecadação partilhado com Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O objetivo desses fundos – FPE e FPM – é o de promover o equilíbrio socioeconômico entre Estados e entre Municípios (Brasil, 1988). Além do montante partilhado, 3% ainda serão destinados a programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, por meio de suas instituições financeiras de caráter regional, respeitados os planos regionais de desenvolvimento.

Denota-se que a partilha recai especificamente sobre as receitas dos impostos, não havendo divisão do produto da arrecadação de taxas e contribuições de melhoria, apenas para exemplificar. Assim, se todos os Municípios fizessem o dever de casa, seguindo o previsto na Constituição de 1988, arrecadando com competência e eficiência as suas receitas, grande parte dos problemas seriam amenizados. A cobrança e a arrecadação das receitas próprias são obrigação do agente público municipal, inclusive com previsão de penalidades em lei, caso não o fizer.

Os Municípios devem estruturar a sua Administração Tributária para garantir melhorias das receitas próprias e, assim, fortalecerem a gestão das políticas públicas locais. Atualmente, muitos Municípios não arrecadam com eficiência as receitas de sua responsabilidade, que, mais do que um direito, trata-se de uma obrigação constitucional e de respeito com a população, sendo que para reforçar tal afirmação, buscou-se as informações disponíveis no site do Tribunal de Contas do Estado do RS (TCE).

A tabela que segue traz as informações dos dois maiores tributos, cuja competência pela cobrança e arrecadação é dos Municípios, a saber: o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) e o Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU), no período de 2018 a 2021. A arrecadação dessas receitas, que são próprias dos Municípios, deve ser feita pelo agente público; e se não for realizada, enseja penalidades previstas em lei.

Tabela 4 – Estrutura de arrecadação própria dos Municípios da AMAU

NOME	ISSQN				IPTU			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
ARATIBA	1.626.640,54	2.053.958,75	2.012.389,95	2.395.898,13	388.544,06	488.987,09	533.751,50	723.379,77
ÁUREA	227.731,79	227.989,56	288.940,71	281.534,81	300.341,52	322.690,00	355.138,74	523.550,82
BARÃO DE COTEGIPE	649.952,98	681.261,76	821.448,07	778.963,52	593.553,35	790.607,20	839.648,02	961.014,85
BARRA DO RIO AZUL	176.049,08	205.472,94	312.186,69	246.449,18	54.124,54	63.664,22	61.581,34	158.684,94
BARRA DO RIO AZUL	176.049,08	205.472,94	312.186,69	246.449,18	54.124,54	63.664,22	61.581,34	158.684,94
BENJAMIN CONSTANT DO SUL	54.215,54	0,00	25.699,14	67.966,97	17.639,77	0,00	17.365,11	17.509,82
CAMPINAS DO SUL	524.310,75	583.353,13	667.819,57	685.100,12	378.454,93	416.963,96	476.607,83	493.359,84
CARLOS GOMES	68.628,94	59.520,20	132.587,88	68.506,36	39.695,32	42.509,66	43.762,60	52.076,13
CENTENÁRIO	157.002,72	143.857,75	171.919,24	182.127,50	128.500,55	137.093,57	160.235,46	204.853,88
CHARRUA	175.890,80	157.609,10	136.991,97	109.645,19	128.579,27	203.879,68	143.428,92	156.863,55
CRUZALTENSE	147.105,68	198.549,73	220.355,53	159.327,17	101.040,70	107.137,58	135.059,29	163.371,12
ENTRE RIOS DO SUL	287.856,85	*	285.149,54	316.916,87	212.896,33	*	256.057,01	281.321,62
EREBANGO	159.455,08	150.011,44	134.057,18	122.521,64	104.774,11	114.373,74	87.160,38	151.783,60
ERECHIM	29.756.839,00	33.766.777,79	33.127.298,92	40.637.766,07	37.172.477,43	36.146.480,98	38.560.350,56	40.195.602,90
ERVAL GRANDE	290.962,15	*	367.514,96	402.285,68	156.435,03	*	209.852,81	251.427,52
ESTAÇÃO	470.485,49	503.007,67	505.647,84	651.031,02	702.669,22	600.842,94	537.266,15	758.924,05
FAXINALZINHO	85.584,46	103.655,48	169.268,70	*	105.268,94	101.343,32	134.827,18	*
FLORIANO PEIXOTO	110.210,52	133.206,74	84.166,70	88.254,70	89.747,86	99.825,11	100.213,45	122.049,50
GAURAMA	683.600,12	797.393,03	792.681,64	858.415,95	1.116.159,55	1.188.358,60	1.274.800,73	1.373.610,18
GETÚLIO VARGAS	2.223.999,54	3.165.351,91	3.357.026,45	4.251.337,44	4.316.907,56	4.964.484,81	4.781.720,48	4.894.786,13
IPIRANGA DO SUL	157.293,87	153.389,15	168.420,96	174.680,45	187.619,83	225.743,20	217.454,55	228.337,53
ITATIBA DO SUL	152.565,49	286.354,79	262.877,15	221.998,03	198.066,28	205.197,23	199.732,16	202.669,62
JACUTINGA	247.230,02	258.508,88	486.520,29	412.652,80	286.075,02	335.926,53	334.573,53	400.691,82

*As informações não estão por tipo/especificação e/ou não foram disponibilizadas.

Fonte: Autoria própria, 2022. Retirado do Sítio Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do RS. Disponível em: https://portal.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=20001:23:::NO. Acesso em: 15 mar. 2022.

Os dados demonstram que os Municípios fazem a devida cobrança desses impostos; no entanto, o agente público precisa olhar para essa base de tributação e observar se é possível melhorar sua arrecadação. É preciso observar o fato gerador e a respectiva base de cálculo desses tributos para verificar se outras ações são necessárias, a fim de ampliar a base de imóveis cadastrados e, simultaneamente, aprimorar as variáveis que formam a base de cálculo (valor venal, alíquotas progressivas, formas de pagamento e de isenções, etc.).

A concretização dessas ações faz parte do esforço fiscal da administração pública, que deve estar amparada por uma estrutura administrativa robusta. Para arrecadar com eficácia e eficiência, é necessário modernizar o setor fiscal, com ferramentas tecnológicas que permitam um trabalho de qualidade, e organizar o corpo administrativo, de forma a permitir a atualização e a modernização do sistema como um todo. Esses dois grandes grupos de ações são ferramentas que conferem à administração pública a capacidade de arrecadar mais e melhor as receitas próprias, que

atualmente estão apenas sendo coletadas, sem serem mensuradas a partir de sua base tributária disponível.

Outra análise realizada foi verificar se os Municípios fazem uso de outras arrecadações que lhes são próprias, como a "contribuição de melhoria[13]". Trata-se de espécie do gênero tributo vinculado a uma atuação estatal, qual seja, a construção de obra pública que acarrete valorização imobiliária ao patrimônio do particular. Entende-se que a contribuição de melhoria pode ser instituída, ou não, a critério do órgão responsável pelo melhoramento urbano, para beneficiar a infraestrutura de determinada região ou cidade, cujos moradores se beneficiariam do empreendimento (a mais utilizada é o asfaltamento e/ou pavimentação de ruas). A tabela a seguir demonstra a arrecadação desse tributo no período de 2018 a 2021.

Tabela 5 – Estrutura de arrecadação da Contribuição de Melhoria

NOME	CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA			
	2018	2019	2020	2021
ARATIBA	5.851,52	2.366,02	0,00	0,00
ÁUREA	57.351,48	86.105,78	54.485,61	40.821,05
BARÃO DE COTEGIPE	133.390,43	295.886,87	80.074,47	37.125,36
BARRA DO RIO AZUL	0,00	0,00	0,00	0,00
BENJAMIN CONSTANT DO SUL	0,00	0,00	0,00	0,00
CAMPINAS DO SUL	131.328,65	99.412,25	76.000,46	314.699,13
CARLOS GOMES	2.541,16	573,22	400,74	167,37
CENTENÁRIO	40,89	512,90	283,74	0,00
CHARRUA	8.367,10	0,00	0,00	0,00
CRUZALTENSE	0,00	0,00	0,00	0,00

13 Trata-se de uma forma de tributo que pode ser instituída por União, Estados, Distrito Federal e Municípios. De acordo com Código Tributário Nacional (BRASIL, 2011, artigo 81), possui o objetivo de arrecadar tributos para custear obras públicas que tornarão os imóveis em seu entorno valorizados para fins imobiliários, possuindo como limite geral o total da despesa realizada e como limite individual o acréscimo do valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.

NOME	CONTRIBUIÇÃO DE MELHORIA			
	2018	2019	2020	2021
ENTRE RIOS DO SUL	0,00	41,42	0,00	0,00
EREBANGO	0,00	0,00	0,00	0,00
ERECHIM	2.293,18	8.685,87	5.262,72	2.375,93
ERVAL GRANDE	15.381,24	20.892,68	29.017,45	27.732,96
ESTAÇÃO	4.847,14	7.792,78	0,00	0,00
FAXINALZINHO	0,00	0,00	0,00	0,00
FLORIANO PEIXOTO	25.279,63	28.843,64	34.185,00	37.030,00
GAURAMA	0,00	0,00	0,00	0,00
GETÚLIO VARGAS	175.153,02	113.641,18	32.698,68	10.371,05
IPIRANGA DO SUL	0,00	0,00	0,00	0,00
ITATIBA DO SUL	6.949,53	2.329,11	430,01	245.085,31
JACUTINGA	11.086,94	20.613,17	4.863,19	5.254,82
MARCELINO RAMOS	1.010,95	3.032,28	3.035,98	1.010,76
MARIANO MORO	0,00	0,00	0,00	0,00
PAULO BENTO	0,00	0,00	0,00	0,00
PONTE PRETA	3.746,09	3.691,64	1.308,72	334,88
QUATRO IRMÃOS	17.944,02	0,00	151,38	384,14
SÃO VALENTIM	0,00	0,00	6.897,28	14.920,83
SERTÃO	9.994,52	5.125,01	3.412,44	11.860,82
SEVERIANO DE ALMEIDA	0,00	0,00	0,00	0,00
TRÊS ARROIOS	0,00	0,00	0,00	0,00
VIADUTOS	0,00	0,00	0,00	0,00
NONOAI	95.281,14	139.728,19	176.239,04	167.516,34
RIO DOS ÍNDIOS	4.184,75	12.879,03	8.623,33	0,00

Fonte: Organizada pela autora, 2022. Disponível em: https://portal.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=20001:23:::NO. Acesso em: 16 mar. 2022.

Os dados demonstram que muitos Municípios não fazem uso dessa ferramenta, cuja função principal é gerar a valorização dos imóveis abrangidos, visto que a obra facilitaria o acesso das pessoas e poderia ainda permitir a instalação de novas empresas, ampliar a base de oferta de serviços locais, dentre outros benefícios. Ao se implementar esse tipo de tributo, o resultado pode contribuir para ampliar a base de arrecadação de impostos como o ISSQN e o IPTU, haja vista sua capacidade de provocar o nascimento de novos tributos ou o incremento dos já existentes.

Analisando-se a tabela, é possível chegar a algumas conclusões quanto aos possíveis motivos da baixa implementação desse tributo. O primeiro deles diz respeito ao trabalhoso conjunto de medidas que precisam ser adotadas para sua criação, cobrança e arrecadação, pois, dentre elas, segundo o artigo 82, inciso I, do CTN, estão: a) publicação prévia do memorial descritivo do projeto da obra; b) orçamento do custo da obra; c) determinação da parcela do custo da obra a ser financiada pela contribuição; d) delimitação da zona beneficiada; e) determinação do fator de absorção do benefício da valorização para toda a zona ou para cada uma das áreas diferenciadas.

Outra questão crucial é exatamente o custo da obra, um dos fatores determinantes para se exigir a contribuição, em que o contribuinte deverá ser notificado, não apenas para que tenha conhecimento, mas, sobretudo, para que lhe seja garantido o direito de impugnar quaisquer itens do artigo 82 (recém mencionado), inclusive o orçamento da obra. Talvez aqui esteja a principal razão para a não cobrança desse tributo, especialmente pelos Municípios pequenos, uma vez que isso normalmente gera repulsa em relação aos políticos que estão no poder. Desse modo, muitos gestores públicos preferem dedicar sua atividade a outras metas (ainda que não tão eficazes), relegando a um segundo plano a participação democrática na atividade financeira, o que lhes garante uma gestão mais tranquila em termos de cobrança e participação popular.

Não basta, contudo, que os gastos públicos sejam transparentes; é preciso também que a sociedade tenha interesse em olhar para sua cidade, em questioná-los e em compreendê-los, pois uma situação retroalimenta a outra. O exercício da democracia se constitui uma via de mão dupla, que se revela por meio das escolhas públicas e da participação cidadã. Qualquer medida para a melhoria das políticas públicas passa necessariamente pela ampliação das receitas públicas, e, em um país onde a base tributária nacional já é alta, o caminho a ser percorrido é olhar para as receitas próprias,

embora essas medidas necessitem de investimento em material humano e tecnológico para sua implementação. Isso porque, ao mesmo tempo em que se garantiria justiça social, na medida em que não se oneraria quem não se beneficiaria diretamente pela obra, por outro lado o local como um todo ganha, na proporção em que o Município se desenvolve, pois atrai novos investimentos e melhora a qualidade de vida de todos.

Além disso, por mais eficiente que um Município consiga ser na consecução, formulação e execução da política fiscal, ainda assim, diante da duplicação de serviços e demandas, ele necessitará do apoio dos demais níveis de governo e de mecanismos de gestão financeira para a melhoria das políticas públicas locais. Isso se deve ao fato de que, por mais que amplie sua capacidade de arrecadação e explore todos os mecanismos possíveis a seu dispor, chegará a um ponto em que, sozinho, sua capacidade de produzir ações relevantes para a sociedade se esgota — seja por ter atingido o limite próprio de arrecadação, seja por ter exaurido as possibilidades disponíveis em sua base territorial.

Diante disso e da atual realidade do país, que fornece um balizamento para propostas viáveis sem pôr em risco a democracia e a estabilidade econômica, entende-se que o caminho a ser percorrido para a sustentabilidade do financiamento das políticas públicas de saúde é o do federalismo cooperativo horizontal. Harmonizar a necessidade de arrecadar mais e melhor com a cooperação federativa intergovernamental surge como possibilidade de aprimoramento do sistema de financiamento das políticas públicas de saúde, por meio da alocação eficiente dos recursos disponíveis.

Por isso, fixadas essas condições de possibilidade a partir da análise do federalismo cooperativo e das demais dimensões abordadas, o livro indica mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública no âmbito dos Municípios da AMAU. Assim, sugere-se alteração na Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020, que Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde.

Um dos problemas que impactam o recebimento de recursos pelos entes subnacionais está nos dados informados pelos entes ao Ministério da Saúde. Esses dados são repassados por meio de sistema informatizado, intitulado Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), ou seja, uma

plataforma nacional de interoperabilidade (troca de dados) em saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020. A RNDS, além de ser um projeto estruturante do Conecte SUS, é um programa do Governo Federal voltado para a transformação digital da saúde no Brasil, com o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e a continuidade do cuidado nos setores públicos e privados.

Quando se trata de dados relativos aos estabelecimentos geridos por consórcios, no entanto, estes encontram dificuldades, pois, até o momento da realização desta pesquisa, os médicos eram os responsáveis por alimentar esses dados. O Ministério da Saúde estava trabalhando para habilitar outros profissionais de saúde a terem acesso, porém sem previsão para a inclusão dos Consórcios Públicos nessa dinâmica, especialmente naquelas situações em que os Consórcios disponibilizam diretamente serviços em saúde. A possibilidade de incluir os Consórcios nessa integração informatizada pode facilitar o recebimento e a prestação de contas e a análise dos impactos nos Fundos Municipais de Saúde, naquelas situações em que os recursos são recebidos diretamente pelos Consórcios.

Ao se fazer a inclusão dos Consórcios, igualando-os aos entes públicos quanto ao acesso a esse tipo de ferramenta, observa-se a abertura de um leque de novas possibilidades para a sustentabilidade das políticas públicas de saúde, além de ser condição de possibilidade para o aperfeiçoamento das relações federativas, objetivando melhorias no campo de novas ações em políticas públicas (especialmente para a área da saúde nos Municípios). A partir dessa perspectiva, sugere-se a seguir um exemplo de alteração para o texto da Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020 (Brasil, 2005).

A sugestão de alteração do texto jurídico, partindo-se da visão de melhorias para o financiamento das políticas públicas de saúde, permitirá o aprimoramento da cooperação interfederativa, de forma a respeitar o Estado Democrático de Direito, bem como permitirá o controle judicial e extrajudicial dos recursos destinados às políticas públicas de saúde local. Diante disso, a proposta (preliminar) para alteração do texto da referida norma, possibilitando que os Consórcios públicos passem a integrar o rol de entidades com acesso à informatização da saúde, ficaria da seguinte forma:

> **Art. 2º. Onde se lê:** Fica instituído o Programa Conecte SUS, no âmbito do Ministério da Saúde, voltado à informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o

> acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão.
>
> **Leia-se**: Fica instituído o Programa Conecte SUS, no âmbito do Ministério da Saúde, voltado à informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos **ou constituídos em conjunto por meio dos consórcios**, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão.

Sugere-se também alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, uma vez que é essa lei que, conforme dispõe seu artigo 1º, "regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado". Assim, sugere-se que passe a vigorar com a seguinte alteração

> **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:
>
> III – no âmbito dos Consórcios, pelo respectivo responsável, devidamente constituído pela entidade.

Essas opções de alteração da redação dos textos normativos representa uma tentativa científica inicial e exemplificativa de fixação (positivação) de instrumentos financeiros para a cooperação interfederativa, pelo que certamente necessitam serem alterados, substituídos e/ou até mesmo, se necessário, regulamentados por outras Leis Federais (pois que não propõem qualquer alteração no Sistema Tributário Nacional, e sim, tão somente, aos textos normativos já existentes), inclusive por conta do aspecto da escolha da melhor técnica de redação legislativa possível. Sua futura incorporação jurídica poderá ser apreciada sob outras dimensões, tais como jurídica, instrumental e política, especialmente para que permita o exercício do controle por todo o sistema social.

CONCLUSÃO

A presente investigação teve por objetivo responder ao problema de pesquisa proposto, ou seja, verificar se, a partir da leitura sistemática da Constituição Federal e do diagnóstico do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período de 2018 a 2021, há necessidade de os municípios implementarem políticas públicas financeiras e/ou tributárias baseadas no federalismo cooperativo horizontal, a partir de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública municipal.

Cada um dos capítulos partiu de um momento particular (histórico, social, jurídico ou político) para chegar à proposição da necessidade de alteração legislativa de algumas normas, de modo que estas deem guarida ao aprimoramento das políticas públicas financeiras e tributárias municipais, servindo de mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública de responsabilidade dos entes públicos municipais.

Mínimas mudanças que venham a ocorrer no modo como se organiza determinada comunidade significam uma mudança de paradigma. Quando um paradigma é modificado, diz-se que ele mudou porque os conceitos teóricos anteriormente defendidos falharam diante dos desafios impostos por determinado acontecimento, fazendo com que os paradigmas utilizados sejam encarados como ultrapassados, não mais convincentes, ainda que, em alguns momentos, nenhuma hipótese produzida com base em certo paradigma teórico tenha sido adulterada.

É por isso que uma pequena mudança política, jurídica, social ou cultural de determinada organização social – como hábitos, costumes, meios de se relacionar, de lidar com novos conflitos, de administrar interações pessoais e jurídicas – implica necessariamente repensar certos paradigmas e, no presente caso, repensar a estrutura federativa e os mecanismos estruturantes das políticas públicas de financiamento da saúde. Foi a partir desse contexto, considerando o problema nacional da saúde pública, que se avistou a necessidade de uma severa defesa dos direitos fundamentais, especialmente do direito à saúde, que exige mudanças de paradigma quanto aos modos de conviver em sociedade, para resguardar o direito à vida de cada um e de todos.

Partindo-se desse contexto, avistou-se a necessidade de repensar as políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, para ações de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública de responsabilidade do ente local. Assim, deu-se início à discussão com base na leitura sistemática da CF e na análise do sistema de saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período de 2018 a 2021, verificando-se a necessidade de os Municípios criarem novas ações em políticas públicas financeiras e tributárias, baseadas no federalismo cooperativo horizontal, que possibilitem a instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública.

O texto do livro leva a efeito questões financeiras e tributárias para a sustentabilidade da saúde pública no âmbito municipal, considerando que, no Brasil, vige o modelo de federalismo cooperativo de caráter vertical, presente especialmente na repartição de receitas tributárias e na fixação de incentivos fiscais — estes tidos como forma indireta de cooperação, que reforça a assimetria ao reconhecer que a superação das desigualdades sociais seria alcançada pelas definições da política tributária, que determina e cria diferenciações em prol de um desenvolvimento equilibrado, a exemplo do previsto no artigo 43 da Constituição Federal.

Identificou-se que a estrutura do sistema federalista vertical acompanha essa norma, tornando-a efetiva mediante o estabelecimento de normas tributárias que positivam constitucionalmente os ditames gerais da política nacional de desenvolvimento, em que, em tese, na assimetria, o dinheiro público deve ser distribuído de forma desigual, visando gerar futura igualdade e justiça social. A partir disso, destacou-se que a cooperação se fixa nesse processo, abarcando os objetivos do artigo 3º da CF, porém exigindo aprimoramento, por não prever a possibilidade de cooperação horizontal como meio mais eficaz à concretização dos preceitos constitucionais.

Discorreu-se a respeito da aplicação do princípio da subsidiariedade, que se apresenta como eficaz instrumento diante da descentralização existente no modelo de federalismo vertical em relação aos entes municipais. Segundo a doutrina referenciada, o dinamismo do federalismo está relacionado com a subsidiariedade e com a autonomia necessárias a assegurar a paz e a liberdade para os Estados, transferidas preferencialmente da esfera maior para a menor, no sentido de que esta possui maior probabilidade de eficácia, por estar mais próxima dos cidadãos.

Demonstrou-se que a busca por mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável para a saúde pública no âmbito municipal reconhece a existência do modelo de federalismo cooperativo vertical e do princípio da subsidiariedade, que permitem autonomia dos entes federados mediante a descentralização de recursos. O modelo existente permite e possibilita a concretização do bem comum; contudo, defendeu-se a ideia de que o modelo não se mostra mais suficiente, necessitando ser potencializado quanto à sua aplicação prática, na medida em que as ações governamentais se encontram engessadas e desconformes com as normas vigentes, levando ao entendimento de que a cooperação interfederativa horizontal pode ser o melhor caminho para apoiar o equilíbrio social e preservar os interesses das camadas econômicas mais fracas da população quanto à sustentabilidade da saúde pública.

Nessa perspectiva, demonstrou-se ser possível afirmar que a cooperação federativa horizontal, em matéria financeira e tributária, está adequada para a construção de propostas de novas ações de políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismos de instrumentalização de um planejamento integrado e sustentável da saúde pública, a partir da realidade vivenciada no âmbito da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período de 2018 a 2021. Isso ficou evidenciado pelo referencial de base, bem como pela proposta do trabalho, que privilegiou e valorizou a governança mediante a centralidade do ente municipal como protagonista do processo de cooperação, em sede de autonomia tributária e financeira, para garantir acesso à saúde a todos aqueles que dela necessitarem.

Por conta disso, constatou-se que o federalismo cooperativo merece aperfeiçoamento, pelo menos em sede de planejamento financeiro e tributário, quanto aos assuntos de saúde pública. Constatou-se também que a Ciência do Direito, por meio da pesquisa, busca propor discussões no âmbito do sistema jurídico vigente para estabelecer novas bases científicas, defendendo-se, porém, que estas sejam estabelecidas a partir da Constituição Federal, dado seu reiterado reconhecimento como o principal e mais importante instrumento jurídico do Estado Democrático de Direito. Por conseguinte, o texto manteve-se fiel a essa realidade, conduzindo o exame do tema das políticas públicas financeiras e tributárias municipais de saúde pública, contextualizadas a partir da Constituição Federal brasileira.

A partir da hipótese sugerida, conclui-se como verdadeiro e passível de afirmação que, a partir da realidade extraída da Associação

de Municípios do Alto Uruguai (AMAU) no período de 2018 a 2021, é necessária a construção de propostas de políticas públicas financeiras e tributárias municipais baseadas no federalismo cooperativo horizontal, como mecanismos de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública. Além disso, o livro buscou sua razão de ser junto às políticas públicas financeiras e tributárias municipais existentes e possivelmente necessárias ao suporte para a concretização do cumprimento do dever do Estado para com a saúde dos seus, valendo-se prioritariamente do princípio da cooperação como eixo estruturante das relações humanas, sejam elas qualificadas ou não.

Destacou-se a figura dos Consórcios Públicos como facilitadores do processo de melhoria para ações qualificadas das políticas públicas locais. Eles auxiliam no processo, trabalhando no destrave dos custos relacionados às políticas públicas de saúde, como na busca por centros especializados de cuidados intensivos para soluções de doenças crônicas, na diminuição do custo das internações, organizando-se para reduzir as margens nos materiais e medicamentos utilizados, bem como auxiliando na redução de outros custos, como desperdícios e ineficiência, que pouco ou nada são mensurados, mas que, ao final do processo, se revelam custosos para a administração pública.

Observou-se também que os consórcios existem para a produção de políticas públicas, e não apenas para a aproximação política dos gestores municipais sem qualquer comprometimento mais específico, como o das áreas sociais. A representação da cooperação entre municípios deve produzir decisões relevantes de forma compartilhada, voltadas a atender ao que os atores identificarem como problemas comuns em suas agendas governamentais locais. Com a formação de consórcios, os Municípios conseguem ter acesso a recursos humanos e técnicos com maior facilidade e menor custo.

Verificou-se que existem diversas finalidades que os consórcios públicos podem assumir, reveladas a partir da análise da legislação. Observou-se ser factível valer-se dessa figura para instrumentalizar ações de políticas públicas de saúde, pelas quais é possível reafirmar a versatilidade dos consórcios públicos, cujas atribuições suportam o implemento de outras categorias sempre que houver necessidade e interesse, e que, claro, não extrapolem as competências constitucionais dos entes consorciados.

Diante disso, no entanto, constatou-se que o modelo federativo e as formas de descentralização de recursos aos entes subnacionais são as

principais imperfeições que precisam ser corrigidas para reduzir a rigidez do modelo de financiamento das políticas públicas no Brasil e na atuação dos consórcios. Auferiu-se que a necessidade constante de aumentar a capacidade de arrecadação gera consequências nefastas, como é o caso da guerra fiscal entre Estados e até mesmo entre Municípios, e que isso não resolve o problema do déficit de recursos disponíveis. Por isso, defende-se a prática de processos decisórios conjuntos, entre entes de mesmo nível ou de níveis diferentes, aptos e oportunos para que as mudanças necessárias ocorram, respeitados, porém, os arranjos produtivos territoriais de cada região, sem deturpar os modelos uniformizadores de cooperação.

Dentre as possibilidades visualizadas, destacou-se a importância do fortalecimento do espaço local, dos estímulos à participação comunitária e do fortalecimento dos laços comunitários para o exercício da cidadania, para a construção de capital social forte e para a superação de conflitos políticos e da competitividade entre os entes, bem como para o incentivo ao fortalecimento dos mecanismos de cooperação federativa por meio dos consórcios públicos intermunicipais. Ponderou-se também sobre a necessidade de o país avançar com as reformas tributária e administrativa e com a reformulação do pacto federativo, todas pendentes de decisão até o momento da realização desta pesquisa.

Destacou-se que, para o fortalecimento dos Municípios menores, outra possibilidade é a fusão ou a incorporação de Municípios. Essas são, contudo, situações que demandam profundo envolvimento dos atores sociais e uma série de ações frente a suas diferentes necessidades, bem como muita compreensão e amadurecimento social, político e jurídico dos envolvidos. Do ponto de vista jurídico, essas ações estão previstas no artigo 18, §4º, da Constituição Federal, porém dependem de Lei Complementar Federal (até o momento inexistente), de plebiscito com as populações envolvidas, bem como de estudo de impacto e viabilidade municipal. Em outras palavras, é preciso também interesse e vontade política para olhar para a própria localidade e perceber o que é melhor para todos, pois manter um Município sem viabilidade social e econômica é matar a esperança de um futuro melhor.

Também se observou que a saída mais prática encontrada pelos entes municipais, até o momento, foi optar pela cooperação federativa por meio dos consórcios públicos intermunicipais. Por meio deles foi possível favorecer e fortalecer as partes envolvidas, reforçando as ações conjuntamente, sem esgotar a capacidade financeira dos entes envolvidos.

Evidenciou-se que, ao se tomar o Município como referência para uma gestão compartilhada de interesses comuns e ao se definir as bases da gestão social em termos territoriais, decide-se a partir de qual ponto as diversas iniciativas ganharão consistência e coerência, e de onde serão articulados os mecanismos participativos capilares da comunidade ou da região envolvida para o cumprimento das finalidades estabelecidas no momento da criação da ferramenta de gestão compartilhada. Fica assim evidenciada a importância e a necessidade de aperfeiçoar as experiências existentes e de identificar outras condicionantes que garantam a continuidade das iniciativas positivas nas mudanças das gestões municipais e, acima de tudo, de identificar outros fatores e mecanismos indutores para a melhoria das políticas públicas municipais.

Por conseguinte, em sede de conclusão, foi feita a indicação de instrumentos disponíveis aos entes públicos municipais, respeitando-se os parâmetros constitucionais para conferir sustentabilidade à saúde pública, especialmente a partir dos dados apontados na região da AMAU. Dentre eles está a confirmação de que a alteração do pacto federativo é fundamental para conferir maior autonomia aos entes municipais por meio da desvinculação de receitas.

Além disso, percebe-se o sistema fiscal brasileiro vigente como instrumento econômico e ferramenta a serviço de uma sociedade justa, livre e solidária e, sobretudo, como importante mecanismo para a erradicação da pobreza e da marginalização e para a redução das desigualdades sociais e regionais. Diante disso, a pesquisa apontou a reestruturação do sistema de impostos e contribuições dos Municípios como o principal mecanismo para o aporte de recursos públicos, possibilitando sua destinação a investimentos e melhorias voltados a novas ações nas políticas públicas de saúde.

Contudo, constatou-se que, por mais eficiente que um Município consiga ser na consecução, formulação e execução da política fiscal, ainda assim, diante da duplicação de serviços e demandas, ele necessitará do apoio dos demais níveis de governo, bem como de mecanismos de gestão financeira, para a melhoria das políticas públicas locais. Por isso, a partir da análise do federalismo cooperativo e das demais dimensões abordadas, o livro aponta, como sugestão de mecanismo de instrumentalização para um planejamento integrado e sustentável da saúde pública no âmbito dos Municípios da AMAU, a alteração na Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020, que Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de

Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde.

A sugestão é a de incluir os consórcios nessa dinâmica, o que permitirá o aprimoramento da cooperação interfederativa, de forma a respeitar o Estado Democrático de Direito, bem como permitirá o controle judicial e extrajudicial dos recursos destinados às políticas públicas de saúde local. Por isso, sugeriu-se também alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, uma vez que é esta lei que, conforme dispõe seu artigo 1º, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

As sugestões de alteração da redação dos textos normativos indicados representam uma tentativa científica inicial e exemplificativa de fixação (positivação) de instrumentos financeiros para a cooperação interfederativa, pelo que certamente necessitarão ser alterados, substituídos ou, se necessário, regulamentados por outras Leis Federais (pois não propõem qualquer alteração no Sistema Tributário Nacional, mas tão somente nos textos normativos já existentes), inclusive por conta da escolha da melhor técnica de redação legislativa possível. Sua futura incorporação jurídica poderá ser apreciada sob outras dimensões, tais como a jurídica, a instrumental e a política, especialmente para que se permita o exercício do controle por todo o sistema social.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Maurício. *O princípio da Cooperação:* em busca de uma nova realidade. São Paulo: Paulus, 2002.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, Hironobu. Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: avanços e desafios. In: CUNHA, Alexandre dos Santos; MEDEIROS, Bernardo Abreu de; AQUINO, Luseni Cordeiro de. (Org**.).** *Estado Instituições e Democracia: República.* BRASILIA: IPEA, 2010. v. 1, p. 177-212.

AGÊNCIA BRASIL. Organização Mundial da Saúde declara pandemia de coronavírus. Publicado em 11/03/2020 – 13:58 – Brasília. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declara-pandemia-de-coronavirus. Acesso em: 17 nov. 2021.

AGUIAR, Joaquim Castro. *Competências e autonomia dos municípios na nova constituição.* Rio de Janeiro: Forense, 1995.

AGUIAR, Joaquim Castro. *Competência e autonomia dos municípios na nova constituição*. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

AITH, Fernando. *Curso de Direito Sanitário*. A proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latim, 2007.

AMBROSIO, Marlyn Alvares. Projetos executados com recursos externos em Osasco: diagnóstico e soluções. In: Alexandre Guerra et al. (Org.). *Planejamento público e gestão por resultados*: uma experiência municipal aplicada. São Paulo: Hucitec, 2016. v. 1, p. 82-101.

AMAU – Associação de Municípios do Alto Uruguai. Desenvolvido pela Associação de Municípios do Alto Uruguai. Apresenta informações gerais sobre a Associação. Disponível em: https://www.amau.com.br. Acesso em: 22 jun. 2021.

AMAU – Associação de Municípios do Alto Uruguai. Desenvolvido pela Associação de Municípios do Alto Uruguai. Estado retira alerta da AMAU, mas cuidados devem permanecer. Notícia retirada do site oficial da Associação de Municípios do Alto Uruguai. Disponível em: https://www.amau.com.br. Acesso em: 08 jul. 2021.

ALEXY, Robert. *Teoría de los derechos fundamentales*. Tradução de Ernesto Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constiutucionales, 2002.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. *Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976*. Coimbra: Almedina, 1987.

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Curso de Direito Constitucional*. Luiz Alberto David Araújo, Vidal Serrano Nunes Júnior. São Paulo: Editora Verbatim, 2011.

ARRETCHE, Marta. O Federalismo e políticas sociais no Brasil. In: *Políticas Sociais. Coletânea*, vol. 2. Enrique Saravia e Elizabete Ferrarezi, Org. São Paulo: ENAP, 2007.

ARRETCHE, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

AROUCA, Sérgio. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Brasília: DF, 1986.

ATALIBA, Geraldo. *República e Constituição*. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

ATALIBA, Geraldo. IPTU: progressividade. *Revista de Direito Público*, v. 23, n. 93, 1990. BERTI, Flávio de Azambuja. Impostos: Extrafiscalidade e Não-confisco. 3. Ed. Curitiba: Juruá, 2009.

ÁVILA, Humberto Bergmann. A distinção entre princípios e regras e a redefinição do dever de proporcionalidade. *Revista de Direito Administrativo*, 215, Rio de Janeiro, 1999. jan/mar: 151-179.

BALEEIRO, Aliomar. *Uma introdução à Ciência das Finanças.*14 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994.

BALEEIRO, Aliomar. *Uma introdução à Ciência das Finanças*.17 ed. ver. e atualizada por Hugo de Brito Machado Segundo. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. *O princípio da subsidiariedade*: conceito e evolução. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BARROSO, Luís Roberto. *Curso de Direito Constitucional Contemporâneo*: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BASTOS, Celso Ribeiro. *Curso de Direito Constitucional*. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor Líquido*: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, jan./mar. 2000.

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O controle social na construção da legitimidade democrática:* os ventos da mudança e a retórica do poder do "povo". Int. Públ. – IP, Belo Horizonte, ano 21, n. 118, p. 109-134, nov./dez. 2019.

BENTANCUR, Paulo. *Erechim no coração do Mercosul*. Erechim: Edelbra, 1999.

BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do Estado Federal Brasileiro*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946*. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%Bade/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

BIJOS, Danilo. Repensando as transferências voluntárias pela perspectiva dos atores e das instituições locais. *Revista Desenvolvimento em Questão*. Editora Unijuí. Ano 16, n. 44, jul./set., 2008.

BOFF, Salete Oro. *Reforma Tributária e Federalismo*: Entre o ideal e o possível. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2005.

BONAVIDES, Paulo. *A Constituição aberta*: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

BONAVIDES, Paulo. *Política e constituição*. Os caminhos da democracia. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001a.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 21 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BONAVIDES, Paulo. *Constituinte e Constituição*: a democracia, o

federalismo e a crise contemporânea. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *História Constitucional do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

BORJA, Célio. Brasil. In: FUENZALIDA-PUELMA, Hernán L.; CONNOR, Susan S. El derecho a la salud en las Americas. *Estudio constitucional comparado*. Washington:Organização Panamericana da Saúde, 1989. p. 110-126.

BOTELHO, Ernani Mendes. *Custeio Baseado em Atividades – ABC*: Uma Aplicação em uma Organização Hospitalar Universitária. 2006. 339p. Tese de doutorado (Doutorado em Administração) universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal – STF. *ADI nº 4711 RS 0000330-88.2012.1.00.0000*, Relator: ROBERTO BARROSO, Data de Julgamento: 08/09/2021, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 16/09/2021. Página 24 de 24. Disponível em: https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1282639824/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-4711-rs-0000330-8820121000000/inteiro-teor-1282639830. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Regimento Intermo*, aprovado pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 255, de 10 de dezembro de 2018. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 05 de mar. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Financiamento público de saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Eixo 1, v. 1, p. 124.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde*: manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Direito sanitário e saúde pública.* Márcio Iorio Aranha (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 2 v. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Cartilha FPM.* Disponível em: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/329483/pge_

cartilha_fpm.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União, *Relatório de Acompanhamento nº TC 016.841/2020-4*, Acompanhamento especial das medidas de resposta à crise do coronavírus na arrecadação tributária e previdenciária federal. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordaocompleto/1684120204. Acesso em: 01 jul. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Indicadores de empresas*. Disponível em: https://covid19.ibge.gov.br/pulso-empresa/. Acesso em: 02 jul. 2021.

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

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1967*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015*. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera

o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015*. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. *Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964*. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. *Lei de 14 de novembro de 1827*. Orça a receita e fixa a despesa do Thesouro Publico na Côrte e Provincia do Rio de Janeiro. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38430-14-novembro-1827-566756-publicacaooriginal-90254-pl.html. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015.* Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 9.782, de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 9.961, de 26 de janeiro de 1999*. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975*. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976*. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977*. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. *Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. *Lei Federal nº 9.278, de 10 de maio de 1996*. Reconhecimento da união estável como entidade familiar. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005*. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005*. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 08 jul. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.445, de 05 de janeiro de 2007*. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico; cria o Comitê Interministerial de Saneamento Básico; altera as Leis nºs 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.666, de 21 de junho de 1993, e 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; e revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 13.303, de 30 de junho de 2016*. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. *Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020*. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. *Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. *Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020*. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. *Decreto nº 510 de 22 de junho de 1890*. Publica a Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: www.legis.senado.leg.br. Acesso em: 01 fev. 2022.

BRASIL. *Decreto nº 26.042, DE 17 de dezembro de 1948***.** Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: https://www2.camara.leg.br. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. *Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. *Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 11*, de 31 de março de 1965. Acrescenta parágrafo ao art. 157 da Constituição. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 20*, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29*, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto Legislativo nº 6, de 2020*. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto Nº 6.170, de 25 de julho de 2007*. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS*. NOB-SUS/96. Publicada no Diário Oficial da União de 06 de nov. de 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020***.** Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. *Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. *Portaria Interministerial Nº 424, de 30 de dezembro de 2016*. Estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, revoga a Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011 e dá outras providências. Disponível em: www.plataformamaisbrasil.gov.br. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. *Emenda Constitucional de Revisão n. 1, de 01 de março de 1994*. Acrescenta os arts. 71, 72 e 73 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/ECR/ecr1.html. Acesso em: 11 mar. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Movimentos sociais, saúde e trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010.

BRAZ, Petrônio. *Direito Municipal na Constituição*. 3. ed. São Paulo: LED-Editora de Direito, 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Introdução à organização burocrática.* São Paulo: Thomson, 2004.

BRITTO, Carlos Ayres. *O humanismo como categoria constitucional.* Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BRITO, Maria da Costa Coelho; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; MESQUITA, Karina Oliveira; LIMA, Gleiciane Kélen. *Envelhecimento*

populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. Rev Kairós Gerontol, 2013; v. 16, nº 2: p. 161-178.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUFFON, Marciano. *O princípio da progressividade tributária na Constituição Federal de 1988*. São Paulo: Memória Jurídica Editora, 2003.

BUFFON, Marciano. *Tributação e dignidade humana*: entre os direitos e deveres fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

CALDAS, Eduardo de Lima. *O processo de criação de Municípios no Estado de São Paulo entre 1991 a 1996*: uma abordagem institucionalista. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), EAESP/FGV, 2002, 100 p.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional*. Coimbra: Almedina, 1991.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 4 ed. Coimbra: Almedina. 2000.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 6 ed. Coimbra: Almedina. 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7 ed. Coimbra: Almedina. 2003.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Curso de Direito Constitucional Tributário*. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Curso de Direito Constitucional Tributário*. 29. ed. São Paulo: Malheiro, 2013.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; LEITE, José Rubens Morato. *Direito Constitucional Ambiental Brasileiro*. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. Trad. Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAVALCANTI, Amaro. *Regime Federativo e a República Brasileira*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983.

CASTRO, José Nilo de. *Direito Municipal Positivo*. 6. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

CAVALCANTI, Hylda. *Congelamento de gastos retirou proteções sociais e não ajudou a reduzir o déficit*. Rede Brasil Atual, São Paulo, 15 de abril de 2018. Disponível em: https://www.redebrasilatual.com.br/economia/2018/04/congelamento-de-gastos-alem-de-prejudicar-protecoes-sociais-nao-ajudou-a-melhorar-deficit-do-pais/. Acesso em: 07 abr. 2021.

CAVALCANTI, Thais Novaes. O princípio da subsidiariedade e a dignidade da pessoa: Bases para um novo federalismo. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*. São Paulo, v. 67/2009, p. 258-277, abr./jun. 2009.

CARDOSO, Alenilton da Silva. Princípio da Solidariedade. O paradigma ético do Direito Contemporâneo. São Paulo: Ixtlan. 2013.

CARRAZZA, Roque Antônio. *Curso de Direito Constitucional Tributário*. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 1993.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil*: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

CASTRO, Iná Elias. *Geografia e Política*: território, escala de análise e instituições. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2005.

CASTELLS, Manoel. *O Poder da Identidade - A Era da Informação*: Economia, Sociedade e Cultura, vol. 2, 3ª. Ed., São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CASSEB, Paulo Adib. *Federalismo*: aspectos contemporâneos. Coleção saber jurídico. São Paulo: Juarez de Oliveira, 1999.

CHERUBINE BELIC, Marcela; LIMA CALDAS, Eduardo de. Condições de Sustentabilidade dos Consórcios Intermunicipais. In: CHERUBINE BELIC, Marcela; TREVAS, Vicente (Org.). *Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013, 144 p.

CHIAVENATO, Idalberto. *Os novos paradigmas*: como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo: Atlas. 1996.

CLÈVE, Clémerson Merlin; PEIXOTO, Marcela Moraes. *O Estado*

brasileiro: algumas linhas sobre a divisão de poderes na federação brasileira à luz da constituição de 1988. Senado Federal. Biblioteca Digital. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181963/000447794.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 mar. 2021.

COELHO, Sacha Calmon Navarro. *Curso de Direito Tributário Brasileiro*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

COELHO, Sacha Calmon Navarro. *Curso de Direito Tributário Brasileiro*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

COIMBRA, Mario; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos; MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. *Direito sanitário*. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo e Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2012.

COLOMBELLI, Gilmar Luiz. *Análise do Processo de Gestão do Conhecimento em uma Indústria Metal-Mecânica: diferenças entre os níveis tático e operacional*. 2007. 219 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 157 p. Disponível em: www.conass.org.br. Acesso em: 14 de jan. 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde.. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2015, 157p.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS - CNM. Desenvolvido pela Agência CNM de Notícias. *STF confirma autonomia dos Municípios para requisitar bens e serviços na pandemia*. Disponível em: https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/stf-confirma-autonomia-dos-municipios-para-requisitar-bens-e-servicos-na-pandemia. Acesso em: 21 jun. 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS - CNM. *Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros 2021*. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mapeamento-dos-consorcios-publicos-brasileiros-2021_07.10.2021.pdf. Acesso em: 03 fev. 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. *Mudanças no Financiamento da Saúde*. Brasília, 2018. Disponível

em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 28 jan. 2022.

CORDEIRO, Hésio. Sistema único de saúde. In: *Coleção Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda, 1991.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Comentários à Constituição de 1988*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CURY, Bruno da Silva Mussa. *Combatendo ratos, mosquitos e pessoas: Oswaldo Cruz e a saúde pública na reforma da capital do Brasil (1902-1904)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em História, Rio de Janeiro, 2012.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *O Estado Federal. Série Princípios*. São Paulo: Ática, 1986.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Direitos humanos e cidadania. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos de Teoria Geral do Estado. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos da Teoria Geral do Estado**.** 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DOWBOR, Ladislau. *A era do capital improdutivo*: Por que oito famílias tem mais riqueza do que a metade da população do mundo? São Paulo: Autonomia Literária, 2017.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*: comentários sobre a sociedade do espetáculo. Tradução de Estala Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2011.

DE BRUYCKER, P. L'intercommunalité en Europe. Quelques observations à propôs de la France au regard de quelques Etats Européens. *Annuaire des collectivités locales*, v. 20, n. 20, 2000, p. 159-165.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEL PRIORE, Mary. *A História das Mulheres no Brasil*. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DEODATO, Alberto. *Manual de ciência das finanças*. 21 ed. São Paulo: Saraiva, 1987.

D'AVILA, Cristiane. Oswaldo Cruz contra as epidemias: saúde pública e questão social no início da República (Artigo). In: *Café História – história feita com cliques*. Publicado em: 27 mar. 2020. Disponível em: https://www.cafehistoria.com.br/oswaldo-cruz-conta-as-epidemias/. ISSN: 2674-59.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. *Políticas públicas*: princípios, propósitos e processos. São Paulo: Atlas, 2012.

DICIO. *Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: https://www.dicio.com.br/. Acesso em: 29 set. 2021.

DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. *Consórcios Intermunicipais em foco*: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. Cadernos do Desenvolvimento, Rio de Janeiro, v. 6, jul.-dez. 2011, p. 291-319.

DINIZ, Maria Helena. *Compêndio de introdução à ciência do direito*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

DINIZ, Maria Helena. *Norma constitucional e seus efeitos*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo.* 27. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DONNANGELO, Cecilia. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DWORKIN, Ronald Myles. É o direito um sistema de regras. In: *Estudos Jurídicos*, São Leopoldo, v. 34, n. 92, p. 119-158, set./dez. 2001.

DWORKIN, Ronald Myles. *Levando os direitos a sério.* Tradução de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ELALI, André. *O federalismo fiscal brasileiro e o sistema tributário nacional*. São Paulo: MP Editora, 2005.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: *Saúde no Brasil: serviços e organização de serviços*. Org. COHN, Amélia. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e*

perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Decreto nº 55.240 publicado em 10 de maio de 2020 no Diário Oficial do Estado*, nº 47, 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2020.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Decreto nº 55.882 de 15 de maio de 2021*. Publicado no Diário Oficial do Estado. Porto Alegre: [s.n.], 2021.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI*: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de Direito Constitucional*. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

Ferreira, F. Whitaker. *Planejamento sim e não*: um modo de agir num mundo em permanente mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. *Curso de direito ambiental brasileiro*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945)*: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FRANCO, Antônio Luciano de Souza. *Manual de Finanças Públicas e Direito Financeiro*. Lisboa: Manuais da Faculdade de Direito de Lisboa, 1974.

FREITAS, Daniel Dottes de. *Cooperação Intercogernamental Tributária e Financeira*: proposta de criação de uma norma textual abstrata constitucional. 2016. 224 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Direito - Doutorado) Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da; BARTHOLO, Bruno Paiva. *Função social da empresa.* Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 857, p. 11-28, mar. 2007.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia Duarte. *Finanças Públicas: teoria e prática no Brasil.* 4.ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2008.

GERSCHMAN, Sílvia. *A Democracia Inconclusa.* Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da Modernidade*. Tradução Raul Fiker. São Paulo: UNESP, 1991.

GONÇALVES, Márcio Augusto. *Organização e Funcionamento do SUS*. Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração, UFSC. Brasília, CPES: UAB, 2014. 132p. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401229/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20WEB.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

GRAU, Eros Roberto. *A ordem econômica na Constituição de 1988*. 4. ed. São Paulo: Malheiros,
1998.

GRAU, Eros Roberto. *A ordem econômica na Constituição de 1988*: interpretação e crítica.7. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

GRAU, Eros Roberto. *Ensaios e discurso sobre a interpretação/aplicação do Direito*. São Paulo: Malheiros, 2002.

GRAU, Eros Roberto. *O Direito Posto e o Direito Pressuposto*. São Paulo: Malheiros, 2003.

GRECO, Marco Aurélio. Solidariedade social e tributação. In: GRECO, M. A.; GODOI, M. S. *Solidariedade social e tributação*. São Paulo: Dialética, 2005.

GRECO, Marco Aurélio. Solidariedade social e tributação. In: GRECO, M. A.; GODOI, M. S. *Solidariedade social e tributação*. São Paulo: Dialética, 2019.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. *Processo constitucional e Direitos Fundamentais*. São Paulo: Celso Bastos, 1999.

HABERMAS, Jürgen. *Consciência moral e agir comunicativo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2003.

HAYEK, Friedrich August Von. *O caminho da servidão*. Tradução de Leonel Vallandro. 2. ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

HARARI, Yuval Noah. *Sapiens*: Uma breve história da humanidade. Tradução de Janaína Marcoantonio. 25. ed. Porto Alegre: L&PM, 2017.

HESSE, Konrad. La interpretacion constitucional. In: *Escritos de derecho constitucional*. Tradução de Pedro Cruz Villalon. 2 ed. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1992.

HENRICHS, Joanni Aparecida. A influência da indução legislativa para a constituição de consórcios públicos no pós pandemia. In: *Os Grandes Temas do Municipalismo: municipalismo no pós-pandemia*. Org. Ricardo Hermany, Filipe Madsen Etges, Arthur Votto Cruz. Porto Alegre:

Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2021 – v. 8; 323 p.

HERMANY, Ricardo. (Re) Discutindo o Espaço Local: uma abordagem a partir do direito social de Gurvitch. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

HERMANY, Ricardo. *Município na Constituição*: Poder Local no Constitucionalismo Luso-Brasileiro. Curitiba: Juruá, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar em Revista – SER UFPR - Sistema Eletrônico de Revistas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. *O Custo Dos Direitos*: Por que a liberdade depende dos impostos. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

HORTA, Raul Machado. *A autonomia dos estados-membros no direito constitucional*. Belo Horizonte: Del Rey, 1964.

IFGF – Índice Firjan de Gestão Fiscal. *Duas em cada três prefeituras gaúchas apresentam gestão boa ou excelente*. Rio de Janeiro, 21 de outubro de 2021. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifgf/destaques/estados/ifgf-rio-grande-do-sul-duas-em-cada-tres-prefeituras-gauchas-apresentam-gestao-boa-ou-excelente-revela-indice-firjan-de-gestao-fiscal.html. Acesso em: 02 fev. 2022.

KANNENBERG, Vanessa. *Bandeiras e protocolos*: entenda o modelo de distanciamento controlado. Texto publicado em 30 de abril de 2020, às 16h25min. Disponível em: https://estado.rs.gov.br/bandeiras-e-protocolos-entenda-o-modelo-de-distanciamento-controlado. Acesso em: 06 jul. 2021.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2008.

KLIKSBERG, Bernardo. *Repensando o estado para o desenvolvimento social*: superando dogmas e convencionalismos. Traduzido por Joaquim Ozório Pires da Silva. São Paulo: Cortez, 1998.

KUHN, Thomas Samuel. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

KRELL, Andreas Joachim. *Leis de Normas Gerais, Regulamentação do*

Poder Executivo e Cooperação Intergovernamental em Tempos de reforma Federativa. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

LACZYNSKI DE SOUZA, Patrícia. Políticas redistributivas e a redução das desigualdades: a contribuição potencial dos consórcios intermunicipais. 224 fls. Tese (Escola de Administração de Empresas de São Paulo) - Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2012.

LACZYNSKI DE SOUZA, Patrícia. *Políticas Tributárias e Federalismo*: uma leitura possível do caso brasileiro. In: LEAL, Rogério Gesta. Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos. Tomo 3. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

LACZYNSKI DE SOUZA, Patrícia. *Políticas Tributárias de Desenvolvimento e Inclusão Social*: fundamentação e diretrizes, no Brasil, frente ao princípio republicano. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Org.). Direitos sociais & políticas públicas: desafios contemporâneos, tomo 7. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007, p. 1.901-1.920.

LAPIERRE, Jean William. *Què es ser ciudadano?* Tradução Sofia Vidaurrazaga Zimmermann. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig. *Manual de Metodologia da Pesquisa para o Direito*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

LEAL, Rogerio Gesta. *A efetivação do direito à saúde por uma jurisdição-serafim:* limites e possibilidades. A&C Revista de Direito Administrativo e Constitucional. Ano 3, n. 11, jan/mar. 2003. Belo Horizonte: Fórum, 2006.

LEFEBVRE, Henri. *O direito à cidade*. Tradução Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2001.

LEITE, José Rubens Morato; PILATI, Luciana Cardoso. *Meio ambiente*: conceito, características e política nacional. In: PILATI, Luciana Cardoso; DANTAS, Marcelo Buzaglo. Direito ambiental simplificado. São Paulo: Saraiva, 2011.

LIMA, Nísia Trindade. *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde*: uma história de três dimensões. In: Jacobo Finkelman (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LONETTI, Carlos Araújo. *O imposto sobre a renda das pessoas físicas como instrumento de justiça social.* 284 fls. Tese (Programa de Pós-Graduação em Direio) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,

2002.

LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo: UNESP, 2002.

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria, DALLA NORA, Carlise Rigon. *Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil:* o papel dos consórcios intermunicipais. Scielo: Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, v. 25, n. 12. p. 5065-5074 , Dez. 2020.

LUI, Lizandro. *A União faz a força?* Um estudo sobre cooperação intermunicipal no Brasil, 163 fl. Tese (Programa de Pós Graduação em Sociologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre, 2019.

MACHADO, Hugo de Brito. *Curso de Direito Tributário*. 31 ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MACHADO, José Angelo; ANDRADE, Marta Leone Costa. *Cooperação Intergovernamental, consórcios Públicos e Sistemas de Distribuição de Custos e Benefícios*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695–720, 2014. Disponível em: http://dspace/xmlui/bitstream/item/16232/131445.pdf?sequence=1. Acesso em: 07 fev. 2022.

MARQUES, Marília Bernardes. *A reforma sanitária brasileira e a política científica e tecnológica necessária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. *Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social*. Economia e Sociedade. Campinas, v.14, n.1, p 159-175, jan/ jun.2005.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *Autopoisis: the organization of the living. Editorial Universitaria,* Santiago, Chile, 1980.

MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 19 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e Aplicação do Direito*. 20. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

MEDICI, A. C. *Hospitais Universitários*: passado, presente e futuro. Revista Assessoria Medica Brasil. n. 47, v. 2, 2001, p. 149-56.

MEIRELLES, Helly Lopes. *Direito municipal brasileiro*. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MEIRELLES, Helly Lopes**.** *Direito Municipal Brasileiro*. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Elementos de Direito Administrativo*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1991.

MELLO, Cláudio Ari. *Kant e a dignidade da legislação***.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

MENDONÇA, Jacy de Souza. *Introdução ao estudo do direito*. São Paulo: Saraiva, 2002.

MIRANDA, Jorge. *Manual de Direito Constitucional*. Tomo I. 6. ed. Coimbra Editora, 1997.

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional.* 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma – reformar o pensamento*. Trad. Eloá Jacobina, 21. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. *A análise das políticas públicas*. Tradução de Agemir Bavaresco e Alceu R. Ferraro. Pelotas: Educat, 2002.

NABAIS, José Casalta. *O dever fundamental de pagar impostos*: contributo para a compreensão constitucional do estado fiscal contemporâneo. Coimbra: Almedina, 2012.

NETO, Floriano de Azevedo Marques. *Os consórcios públicos*. Revista Eletrônica de Direito do Estado. Salvador, jul./ago./set., 2005.

NETTO, José Paulo. *Transformações societárias e Serviço Social*: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social & Sociedade, ano XVII, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

NOGUEIRA, Alberto. *Viagem ao terceiro milênio*: justiça, globalização, direitos humanos e tributação. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

NOGUEIRA, Octaviano. *Constituições Brasileiras*. 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretarias de Edições Técnicas, 2012.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. *O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana*: Doutrina e Jurisprudência. São Paulo: Saraiva, 2002.

OLIVEIRA, Antônio Cândido de. *Direito das Autarquias Locais*. Coimbra: Coimbra, 1993.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de; HORVATH, Estevão. *Manual de Direito Financeiro*. 6. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

OLIVEIRA, José Marcos Domingues de. Direitos fundamentais,

federalismo fiscal e emendas constitucionais tributárias. In: Adilson Rodrigues Pieres e Heleno Taveira Torres (Org.). *Princípios de Direito Financeiro e Tributário – Estudos em homenagem ao Professor Ricardo Lobo Torres*. Rio de Janeiro, São Paulo e Recife: Renovar, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Folha informativa sobre Covid-19. *Histórico da pandemia de Covid-19*, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 06 jul. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. *Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira*.

Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PARADA, Eugenio L. Política y políticas públicas. IN SARAIVA, Enrique; et al (org). *Políticas públicas*. Brasília: ENAP, 2006.

PASOLD, César Luiz. *Função Social do Estado Contemporâneo*. 4. ed. Revista e Ampliada. Itajaí: Univali, 2013.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. *Anencefalia e morte cerebral (neurológica)*. Physis – Revista de Saúde Coletiva, vol.15, n.1. Rio de Janeiro. Jan./June. 2005, p. 95-106.

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; ROMERO, Luis Carlos. *Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil.* Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 1, n. 2, p. 59-86, jul./dez., 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; FRANÇA, José Rivaldo Mello De; NUNES, André. *Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de SAÚDE NO BRASIL*. Revista de Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 21, n. 2. fev. 2016. Disponível em: https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n2/411-422/pt/?abstract_lang=pt. Acesso em: 30 mar. 2021.

PIRES, José Santo Dal Bem; MOTTA, Walmir Francelino. *A Evolução Histórica do Orçamento Público e sua Importância para a Sociedade*. Vol. 25, n. 2. p. 16-25, maio/ago. 2006.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde*: regime jurídicoconstitucional, políticas públicas e controle judicial. 2013. 270 fl. Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Ciências Jurídicas. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20

LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 mar. 2021.

PM ERECHIM. Desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Erechim. *Apresenta informações gerais sobre o Município*. Disponível em: https://www.pmerechim.rs.gov.br. Acesso em: 21 de jun. de 2021.

PRADO, Darci. *Gerenciamento de projetos nas organizações*. 2. ed. Belo Horizonte: EDG, 2000.

RAMOS, Dircêo Torrecillas. *O federalismo assimétrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

RAWLS, John. *A theory of justice*. ed. rev. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

REALE, Miguel. *Lições Preliminares de Direito*. 27. ed. 3. tir. São Paulo: Saraiva, 2003.

REVERBEL, Carlos Eduardo Dieder. *O federalismo numa visão tridimensional no direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

RICARD, Matthieu. *A revolução do altruísmo***.** Trad. Inês Polegato. São Paulo: Palas Athena, 2015.

ROCHA, Leonel Severo. *A democracia em Rui Barbosa*. O projeto político liberal-nacional. Rio de Janeiro: Liber Juris, 1195.

ROCHA, Cármem Lúcia Antunes. *República e federação no Brasil*. Traços constitucionais da organização política brasileira. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

RODRIGUES, Hugo Thamir; SCHIMIDT, Marguid; DANIEL, Marli. *Direito Financeiro e Tributário*: políticas públicas para o desenvolvimento social. 1.ed. Santa Cruz do Sul: Essere Nel Mondo, 2019.

RODRIGUES, Hugo Thamir. *Harmonização solidária das políticas tributárias municipais*: um princípio constitucional geral, implícito, delimitador das ações tendentes ao cumprimento da função social dos municípios. 276 fls. Tese (Programa de Pós-Graduação em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

STRECK, Lenio Luiz. *Jurisdição constitucional e hermenêutica*: uma nova crítica do direito. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

ROMERO, Luiz Carlos Pelizari. *O Sistema Único de Saúde* – um capítulo à parte. In: DANTAS, Bruno et al. (org.) Os cidadãos na Carta Cidadã. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. v. 5, p. 67-88.

ROSEN, Geroge. *Uma História da Saúde Pública*. Tradução Marcos Fernandes Da Silva Moreira. São Paulo: Hocitec: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

RUEDIGER, Marco Aurélio; RICCIO, Vicente. O novo contrato social: desenvolvimento e justiça em uma sociedade complexa. In: CAVALCANTI, B. S.; FERRAREZI, A.; SOBREIRA, R. (Org.). *Desenvolvimento e construção nacional: políticas públicas.* Rio de Janeiro: FGV, 2005.

SABBAG, Eduardo de Moraes. *Direito Tributário* – Elementos do Direito. v. 3, 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde:* tendências e desafios após 20 anos. Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p.13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, N. M. A ORGANIZAÇAO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL. *Revista Gestão & Saúde, Curitiba,* v. 1, n. 3, p1-10. 2010, p. 9. Disponível em: https://www.herrero.com.br/files/revista/file124a1536ef0f9984e8db2e4a5391cd09.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

SANCHOTENE, Marco. *81% da arrecadação é do Sul e Sudeste*: Paraná responde por 4% dos tributos federais, segundo estudo do IBPT. Gazeta do Povo, 2006. Disponível em: https://www.gazetadopovo.com.br/economia/81-da-arrecadacao-e-do-sul-e-sudeste-a8oufuvjsp0yxdltrfj1e6ez2/. Acesso em: 17 mar 2021.

SARAIVA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZ, Elisabete (Org.). *Políticas Públicas*. V. 1. Brasília, ENAP – Escola Nacional de Administração Pública, 2006.

SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. Judicialização da saúde e responsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade? In: ASENI, Felipe Dutra e PINHEIRO, Roseni (orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SCAFF, Fernando Facury. Reserva do possível, mínimo existencial e direitos humanos. In: Adilson Rodrigues Pires e Heleno Taveira Torres (Org.). *Princípios de Direito Financeiro e Tributário* – Estudos em homenagem ao Professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro/São Paulo/Recife: Renovar, 2006.

SCAFF, Fernando Facury. *República, Tributação, Finanças. In: Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica*, v. 1, p. 79-104, 2008.

SECRETARIA DA SAÚDE/RS. *Atendimento à demanda por cirurgias, exames e consultas é debatido com a Famurs*. Publicação: 26/10/2021 às 17h39min. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/secretaria-da-saude-discute-com-famurs-atendimento-a-demanda-por-cirurgias-exames-e-consultas. Acesso em: 11 mar. 2022.

SCHMIDT, João Pedro. *Bases bio-psicossociais da cooperação e o paradigma colaborativo nas políticas públicas*. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais. Programa de Pós Graduação em Direito da FGV. v. 19, n. 1, p. 123-162, jan./abr. 2018.

SCLIAR, Moacir. *História do conceito de saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, p. 29-41, 2007.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade.* Trad. Lauro Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENETT, Richard. *Juntos*. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SERRALHA, Fernando Paim Nascimento. *O difícil encontro entre a autonomia para arrecadar recursos próprios, versus a rigidez orçamentária das capitais brasileiras, período: 1995 a 2010*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia – Unicamp, Campinas, SP: 2018.

SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, José Afonso. *Comentário Contextual à Constituição*. 8. ed. Atual até a EC 70, de 22.12.2011. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

SILVA, Sílvio Fernandes da. *Sistema Único de Saúde 20 anos*: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SILVA, Lino Martins. *Contabilidade Governamental*: um enfoque administrativo da nova contabilidade pública. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SIMIONATTO, Ivete. *Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil.* Revista Inscrita, Brasília: CFESS, n. 1, p. 15-20, 1997.

SIRVINSKAS, Luís Paulo. *Manual de direito ambiental*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas*: uma revisão da literatura. Sociologias,

Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br. Acesso em: 11 fev. 2022.

SOUZA, Gabriel. *Demanda reprimida na saúde* – mais um desafio a ser enfrentado. MDB – 09:57 – 06/08/2021. Notícia retirada do Site da Assembleia Legislativa do RS. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/agenciadenoticias/destaque/tabid/855/IdMateria/325111/Default.aspx. Acesso em: 11 mar. 2022.

SUBIRATS, Joan. *Análisis y gestión de políticas públicas.* Barcelona: Planeta, 2012.

SPINK, Peter. *Cooperação e governança interjurisdicional*: conceitos em discussão. Cadernos Adenauer, 2011/4.

TAFFAREL, Claridê Chitolina; CRUZ, Arthur Votto. A inovação Teconológica disruptiva nas políticas públicas do poder local, soba a ótica da Lei 14.129 de 29 de março de 2021. In: *Os grandes temas do municipalismo: municipalismo no póspandemia*. Org.: Ricardo Hermany, Filipe Madsen Etges, Arthur Votto Cruz. – Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2021. v. 8; 323 p.

TEPEDINO, Gustavo. Premissas metodológicas para a constitucionalização do direito civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. *Revista Brasileira de Economia*. N. 57, v. 1. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbe/a/vyLbqkkf89KqJwbsBxLdRhR/?lang=pt#. Acesso em: 19 abr. 2022.

TIPKE, Klaus. *Moral tributária do Estado e dos contribuintes* = Besteuerungsmoral und steuermoral. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2012.

TIPKE, Klaus; LANG, Joachim. *Direito Tributário*. Vol I. 18. ed. Tradução de Luiz Dória Furquim. Porto Alegre: 2008.

WENSING, Flavia Defrein, BEUREN, Ilse Maria; RAUPP, Fabiano Maury; DURIEUX, Andréa. *Aplicação do custeio baseado em atividades no setor de maternidade de uma organização hospitalar*. Pensar Contábil – CRC-RJ, Rio de Janeiro, v. 8, n.31, 2006.

WETERMAN, Daniel. *15 estados e o DF têm alta na arrecadação de impostos apesar da covid-19*. Jornal o Estado de São Paulo, 2020.

Disponível em: https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2020/12/03/estados-tem-alta-na-receita-apesar-da-covid.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

Como garantir o direito à saúde diante do descompasso entre as responsabilidades dos municípios e sua capacidade de financiamento? Em Políticas de Financiamento da Saúde: Possibilidades a partir do Federalismo Cooperativo Horizontal, Marli Daniel investiga essa questão e examina a cooperação intermunicipal como caminho para fortalecer a saúde pública. A partir do diagnóstico da Associação de Municípios do Alto Uruguai (AMAU), no período de 2018 a 2021, a obra articula fundamentos constitucionais e realidade regional para compreender os limites do financiamento municipal, as desigualdades fiscais e os desafios evidenciados pela pandemia de Covid-19. Nesse percurso, analisa as possibilidades jurídicas, financeiras e tributárias dos consórcios públicos intermunicipais, com atenção ao planejamento integrado e à sustentabilidade das políticas de saúde. Ao aproximar autonomia, solidariedade e responsabilidade compartilhada, o livro contribui para o debate sobre a efetivação dos direitos sociais e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Uma leitura dirigida a pesquisadores, profissionais do Direito e gestores públicos comprometidos com a construção de respostas cooperativas às necessidades da população.

ISBN 978-655950276-9

INSTITUTO FEDERAL
Rio Grande do Sul