

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES
DO SISTEMA DE JUSTIÇA
MESTRADO ACADÊMICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LAÍSSE LIMA SILVA COSTA

A ATUAÇÃO DO STF NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19:
análise sobre os cenários e perspectivas do federalismo sanitário cooperativo no Brasil

SÃO LUÍS
2022

LAÍSSE LIMA SILVA COSTA

A ATUAÇÃO DO STF NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19:
análise sobre os cenários e perspectivas do federalismo sanitário cooperativo no Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Linha de Pesquisa: Direito à Saúde e Instituições do Sistema de Justiça

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edith Maria Barbosa Ramos

SÃO LUÍS
2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

COSTA, LAÍSSE LIMA SILVA.

A ATUAÇÃO DO STF NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 : análise sobre os cenários e perspectivas do federalismo sanitário cooperativo no Brasil / LAÍSSE LIMA SILVA COSTA. - 2022.

150 f.

Orientador(a): EDITH MARIA BARBOSA RAMOS.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. COVID-19. 2. FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO. 3. PANDEMIA. 4. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. I. RAMOS, EDITH MARIA BARBOSA. II. Título.

LAÍSSE LIMA SILVA COSTA

A ATUAÇÃO DO STF NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19:
análise sobre os cenários e perspectivas do federalismo sanitário cooperativo no Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos (Examinador Interno)

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Leonardo Albuquerque Marques (Examinador Externo)

Universidade CEUMA

À Deus, toda honra e toda glória.
À minha família, pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me concedido a oportunidade de chegar até aqui, mesmo diante de uma pandemia que devastou milhares de vidas.

Ao meu amado marido, Fredson, por todo o apoio a mim oferecido, e ao meu amado filho, Luiz Felipe, que, apesar de muito pequeno, participou e encarou esse desafio junto comigo, participando das aulas e das minhas apresentações. Meus parceiros de vida, sempre muito compreensivos em relação aos momentos de ausência para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus amados pais, Luiz e Tânia, que nunca mediram esforços para me proporcionar o melhor que podiam, dentro das limitações existentes.

Ao meu irmão, Luiz Paulo, e à minha cunhada, Talita, pelo incentivo a mim ofertado para a conclusão desta importante etapa da minha vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Edith Maria Barbosa Ramos, por ter confiado e acreditado em mim, por todos os ensinamentos ministrados e por sua dedicação ao longo desta jornada.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (PPGDIR/UFMA), pelos esforços envidados no sentido de compartilhar conhecimento em meio ao cenário pandêmico.

Aos colegas de Mestrado, com os quais, apesar do distanciamento social, tive a oportunidade de compartilhar alegrias e aflições.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que, mais uma vez, me proporcionou a chance de expandir meus conhecimentos.

“[...] No mundo, passais por aflições; mas tende bom ânimo; eu venci o mundo.”

João 16:33 (Tradução Almeida Revista e Atualizada das Escrituras Sagradas)

RESUMO

A presente pesquisa visa compreender os cenários e perspectivas do federalismo sanitário cooperativo no Brasil, a partir da atuação do Supremo Tribunal Federal no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Para isso, foram analisadas as decisões proferidas em sede de controle concentrado de constitucionalidade, emanadas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 até 11 de março de 2021, período que abrange, respectivamente, a implementação, pelo poder constituinte originário, das políticas de saúde pública sob o fundamento do federalismo cooperativo e um ano após a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde. Discorreu-se, inicialmente, sobre a teoria do federalismo, a partir de uma perspectiva histórica, bem como sua implementação no constitucionalismo brasileiro. Em seguida, foram abordados os principais aspectos históricos, conceituais e normativos atinentes ao direito à saúde e à estruturação do federalismo sanitário, tanto no plano internacional quanto no Brasil. Finalmente, utilizando-se o método de procedimento de análise de conteúdo, desenvolvido por Lawrence Bardin, procedeu-se ao estudo das decisões do Supremo Tribunal Federal, emanadas em sede de controle abstrato de constitucionalidade e que abordam, simultaneamente, direito à saúde e federalismo, de maneira a possibilitar inferir conhecimentos das mensagens nelas constantes. Utilizou-se, ademais, em relação ao raciocínio desenvolvido nesta pesquisa, o método compreensivo, apregoadado por Max Weber, partindo-se da construção do tipo ideal de federalismo sanitário cooperativo presente na ordem constitucional brasileira. À guisa de conclusão, compreende-se que, diante da emergência da pandemia de Covid-19, o Supremo Tribunal Federal atribuiu ao federalismo cooperativo sanitário maior destaque, restando caracterizada, pois, uma evolução jurisprudencial, uma vez que, quando se compara o período pré e pós-pandemia, observa-se uma nítida ênfase, neste último, à estrutura prevista pela Constituinte de 1988 na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL; PANDEMIA; COVID-19; FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO.

ABSTRACT

The present research aims to understand the scenarios and perspectives of cooperative sanitary federalism in Brazil, from the role of the Federal Supreme Court in facing the Covid-19 pandemic. For this, the decisions handed down in the context of concentrated control of constitutionality, emanating from the promulgation of the Federal Constitution of 1988 to March 11, 2021, were analyzed, a period that covers, respectively, the implementation, by the original constituent power, of health policies public under the foundation of cooperative federalism and one year after the declaration of the Covid-19 pandemic by the World Health Organization. Initially, the theory of federalism was discussed, from a historical perspective, as well as its implementation in constitutionalism Brazilian. Then, the main historical, conceptual and normative aspects concerning the right to health and the structuring of sanitary federalism, both internationally and in Brazil, were addressed. Finally, using the content analysis procedure method, developed by Lawrence Bardin, we proceeded to study the decisions of the Federal Supreme Court, issued in the context of abstract control of constitutionality and that simultaneously address the right to health and federalism, in order to make it possible to infer knowledge of the messages contained in them. Furthermore, in relation to the reasoning developed in this research, the comprehensive method, proclaimed by Max Weber, was used, starting from the construction of the ideal type of cooperative sanitary federalism present in the Brazilian constitutional order. By way of conclusion, it is understood that, given the emergence of the Covid-19 pandemic, the Federal Supreme Court attributed greater prominence to cooperative sanitary federalism, thus remaining characterized as a jurisprudential evolution, since, when comparing the period pre- and post-pandemic, there is a clear emphasis, in the latter, on the structure provided for by the 1988 Constituent Assembly in the area of health.

KEYWORDS: SUPREME FEDERAL COURT; PANDEMIC; COVID-19; HEALTH COOPERATIVE FEDERALISM.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 A TEORIA DO FEDERALISMO.....	15
1.1 Um breve histórico sobre a adoção do federalismo como forma de Estado.....	15
1.1.1 Considerações iniciais	15
1.1.2 As origens históricas do federalismo.....	19
1.2 Delineamentos teórico-conceituais sobre a Teoria do Federalismo	25
1.2.1 Características do federalismo.....	25
1.2.2 Modelos de federalismo.....	36
1.3 O federalismo brasileiro.....	40
2 DIREITO À SAÚDE E FEDERALISMO SANITÁRIO NO BRASIL.....	50
2.1 Direito à saúde: aspectos históricos e conceituais.....	50
2.1.1 Breve histórico do direito à saúde.....	50
2.1.2 Conceituação do direito à saúde.....	53
2.2 O direito à saúde na ordem jurídica brasileira.....	61
2.2.1 Do Período Colonial à Primeira República (1500 – 1930).....	62
2.2.2 A saúde pública entre os períodos do Estado Novo ao pré-regime militar (1930 -1963)	70
2.2.3 Do Regime Militar à Reforma Sanitária (1964 a 1990).....	72
2.3 O Sistema Único de Saúde e o federalismo sanitário cooperativo no Brasil.....	75
3 O STF E O FEDERALISMO SANITÁRIO COOPERATIVO NO BRASIL.....	86
3.1 Jurisdição Constitucional e Federação.....	86
3.2 O STF e o federalismo brasileiro.....	94
3.3 Análise de conteúdo das decisões do STF em sede de controle abstrato de constitucionalidade relacionadas ao federalismo sanitário cooperativo, proferidas sob a vigência da CF/88 e durante a pandemia de COVID-19.....	105
3.3.1 Considerações metodológicas iniciais.....	105
3.3.2 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo.....	110
3.3.3 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo.....	118
3.3.4 Inferências e interpretações decorrentes da análise de conteúdo.....	120
CONCLUSÃO.....	130
REFERÊNCIAS.....	137

INTRODUÇÃO

Ao final do ano de 2019, o mundo presenciou a identificação de uma nova cepa de coronavírus, responsável por inúmeros casos de pneumonia nos habitantes da cidade de Wuhan, província de Hubei, situada na República Popular da China.

Diante da rápida disseminação desse novo vírus, causador da doença denominada Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que configura o mais alto nível de alerta da referida Organização, objetivando, com isso, o aprimoramento da coordenação, cooperação e solidariedade global e, por conseguinte, a interrupção da propagação do vírus (OPAS, 2021).

Posteriormente, em 11 de março de 2020, a OMS elevou a Covid-19 ao patamar de pandemia, que diz respeito “à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade”, reconhecendo-se, portanto, a existência de surtos de Covid-19 em diversas regiões ao redor do mundo (OPAS, 2021, não paginado).

No Brasil, o primeiro registro de contaminação pelo novo coronavírus ocorreu no final de fevereiro de 2020, no momento em que a Europa já contabilizava inúmeros casos provocados pela doença (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Ante ao avanço da contaminação de diversos indivíduos em território brasileiro, o Poder Público viu-se impelido a atuar de maneira mais rápida e precisa no intuito de proteger a saúde da população brasileira, buscando, principalmente, a mobilização de recursos financeiros, humanos e administrativos, destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que este fosse capaz de atender a essa nova demanda de saúde, cujas consequências eram, e ainda são, desconhecidas pela ciência.

Nesse cenário, emergiram inúmeros conflitos entre União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, em razão, precipuamente, da disputa pela iniciativa tanto do exercício de competências comuns administrativas quanto de competências legislativas concorrentes na área da saúde, previstas na Constituição Federal de 1988.

Alguns desses impasses foram levados à apreciação do Supremo Tribunal Federal, a quem cumpre a função constitucional de resolvê-los, de maneira que a federação brasileira permaneça intacta e indissolúvel, não obstante os diferentes interesses que permeiam essas relações conflituosas.

Em decorrência dessa conjuntura, a presente investigação realiza a análise do federalismo sanitário cooperativo brasileiro, conforme previsto nas disposições constitucionais

e legais que o regem, a partir da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, temática que se vincula a assuntos de particular interesse na esfera jurídica, quais sejam o direito à saúde e o federalismo.

Nesse viés, destaca-se que a primeira e significativa conquista do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro ocorreu em 1988, por meio da inserção, pelo constituinte originário, de dispositivos concernentes ao direito à saúde na Constituição Federal (SOUZA, 2005). Assim, consta que esse direito foi alçado, de maneira inédita, ao patamar de direito humano fundamental, conforme o artigo 6º da Constituição Federal de 1988.

Ademais, restou consignado, no âmbito constitucional, que os entes que compõem a federação brasileira são conjuntamente responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, tanto através do Sistema Único de Saúde, quanto por intermédio do exercício da competência material comum e legislativa concorrente para a tutela do direito à saúde, dando origem ao denominado federalismo cooperativo sanitário.

Ocorre que, especialmente após a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, houve uma busca cada vez maior de ações e serviços públicos de saúde pelos indivíduos que possuem o Sistema Único de Saúde como primeira alternativa para alcançar a efetivação do direito à saúde e, não raramente, deparam-se com a omissão ou uma assistência deficitária.

Dessa feita, não obstante a disposição normativa voltada para a realização do direito à saúde na ordem jurídica brasileira, o que se verifica, na situação concreta, são inúmeros problemas, tais como a ausência de estrutura física, escassez dos mais variados tipos de recursos, hospitais lotados e muita insatisfação e reclamações dos usuários desses serviços¹.

Importa ressaltar que a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais a situação de esgotamento do sistema de saúde público, mas não somente deste, na medida em que inclusive os serviços de saúde prestados por entidades privadas, de acordo com as disposições da Carta Constitucional vigente e da legislação concernente à matéria, têm se apresentado insuficientes para atender aos pleitos da população.

Nesse contexto, o Poder Judiciário tem sido frequentemente acionado por essas pessoas que pleiteiam um acesso amplo e eficiente ao direito à saúde, para que este lhes seja assegurado nos devidos termos estabelecidos pelo legislador constituinte originário, que atribuiu ao Estado

¹ Para ilustrar, mencionam-se algumas informações obtidas em pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo as quais 15% dos entrevistados afirmaram que o mau atendimento no SUS seria resultante da falta de recursos financeiros, 12% disseram que essa situação é decorrente da má gestão administrativa e operacional do Sistema, além de outros fatores apontados nesse levantamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

o papel de garantidor desse direito por meio de um sistema de saúde único, universal e gratuito².

Por sua vez, no que tange ao modelo federal, afirma-se que este não se mostra estanque, mas assume diferentes formas, a depender do estágio vivenciado pela sociedade que o adota, demonstrando, pois, um dinamismo que lhe é inerente, e que o transforma, de acordo com o tempo e o espaço.

Dessa forma, o federalismo revela-se um fenômeno complexo, que se projeta em diversas áreas de atuação estatal, sendo necessário, no caso brasileiro, um estudo mais acurado a respeito dessa relação entre o modelo federal e a sua reverberação no direito à saúde, sob a ótica da Corte Constitucional brasileira, especialmente diante da crise pandêmica ocasionada pela COVID-19.

Tendo em vista a relevância do tema, serão analisadas as decisões do Supremo Tribunal Federal, proferidas em sede de controle concentrado de constitucionalidade, estabelecendo-se como marco temporal a promulgação da Constituição Federal de 1988 até 11 de março de 2021, uma vez que esse período abrange, respectivamente, a implementação das políticas de saúde pública, sob o fundamento do federalismo cooperativo, e um ano após a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde.

Ressalte-se que o intervalo escolhido se trata de um período imprescindível para alcançar os objetivos desta pesquisa, na medida em que permitirá uma visão ampla sobre o desenvolvimento do federalismo cooperativo sanitário, de acordo com a perspectiva do Supremo Tribunal Federal, vinculado aos parâmetros estabelecidos pela Carta Magna de 1988.

No intuito de demonstrar a viabilidade desta investigação, realizou-se, preliminarmente, pesquisa da jurisprudência no endereço eletrônico do Supremo Tribunal Federal, por meio da construção das expressões de busca “direito à saúde” e “federalismo”, de acordo com as regras da referida plataforma, localizando-se 34 decisões, que foram submetidas à análise, sem prejuízo do cronograma estipulado para a elaboração deste trabalho.

Assim sendo, o problema cinge-se em torno do seguinte questionamento: considerando-se a estrutura federativa de natureza cooperativa prescrita na Constituição Federal de 1988, o aparato normativo constitucional relacionado à promoção, proteção e recuperação da saúde e o enfrentamento da pandemia da COVID-19, em que medida as decisões do Supremo Tribunal Federal, oriundas do controle concentrado de constitucionalidade, têm contribuído para a consolidação de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil?

Como hipóteses, aduz-se que, no período que antecede a pandemia de COVID-19, os

2 Conforme disposto nos artigos 196 e 198, *caput*, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

acórdãos proferidos em sede de controle concentrado de constitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal relativos a essa temática caminharam, em sua maioria, no sentido de conferir uma maior centralização de poderes no âmbito da União, fortalecendo-a em detrimento da atuação das entidades subnacionais na gestão das ações e dos serviços de saúde em seus respectivos territórios.

De outra banda, no decorrer da crise sanitária ocasionada pela pandemia de Covid-19, o Supremo Tribunal Federal tem seguido uma tendência marcadamente descentralizadora, atribuindo aos Estados, Distrito Federal e Municípios uma maior autonomia no que diz respeito à adoção de medidas de combate à situação pandêmica ora vivenciada, em razão de diferentes externalidades.

A presente pesquisa possui como objetivo geral compreender em que medida as decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, na esfera do controle concentrado de constitucionalidade, têm contribuído para o estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. Sendo assim, embora existam outros temas tão relevantes quanto este, a exemplo da judicialização da política, esta investigação orienta-se de acordo com tal objetivo geral.

No que concerne aos objetivos específicos, o primeiro diz respeito à análise da teoria do federalismo, a partir de uma perspectiva histórica, assim como a sua implementação no constitucionalismo brasileiro, com ênfase nas suas características e tipologias; o segundo visa descrever os principais aspectos históricos, conceituais e normativos relacionados ao direito à saúde e à estruturação do federalismo sanitário, no plano internacional e no Brasil; finalmente, o terceiro analisa e interpreta os acórdãos decorrentes do controle abstrato de constitucionalidade exercido pelo Supremo Tribunal Federal, concernentes ao federalismo sanitário cooperativo, proferidos no intervalo entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 até um ano após a declaração da pandemia da Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde.

Tendo em vista o exposto, informa-se que foram elaborados 3 (três) capítulos, tratando-se, inicialmente, sobre a teoria do federalismo; em seguida, abordou-se o direito à saúde e o federalismo sanitário no Brasil; e, por fim, buscou-se compreender de que maneira o Supremo Tribunal Federal contribuiu para a realização de um autêntico federalismo cooperativo sanitário brasileiro.

Em relação às técnicas de pesquisa empregadas neste estudo, as decisões provenientes do Supremo Tribunal Federal, em sede de controle concentrado de constitucionalidade e concernentes ao federalismo sanitário, foram obtidas diretamente do sítio eletrônico oficial

daquela Corte (<http://portal.stf.jus.br/>), via Internet.

Recorreu-se, ainda, para alcançar os objetivos elencados nesta investigação, a técnica de revisão de literatura, de maneira que fosse possível identificar os posicionamentos doutrinários sobre o federalismo e o direito à saúde. Para isso, foram consultadas as bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), da vLex e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Além disso, foram acessados livros e demais documentos relacionados à temática objeto de estudo, adquiridos com recurso próprio, disponibilizados na Internet gratuitamente ou através de empréstimos na Biblioteca dos Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão.

Quanto à metodologia empregada nesta pesquisa, nos segundo e terceiro capítulos, foram utilizados os métodos de procedimento histórico e comparativo. Em relação ao quarto capítulo, o método de procedimento aplicado foi a análise de conteúdo, bem como o método de abordagem do tipo compreensivo weberiano, desenvolvido a partir da construção do tipo ideal do federalismo cooperativo sanitário.

À título de conclusão, foram demonstrados os resultados decorrentes da pesquisa realizada, especialmente alcançados por intermédio da aplicação do procedimento metodológico de análise de conteúdo, que contribuem, de maneira elucidativa, na compreensão das contribuições do Supremo Tribunal Federal para a consolidação de um verdadeiro federalismo cooperativo sanitário no Brasil.

1 A TEORIA DO FEDERALISMO

1.1 Um breve histórico sobre a adoção do federalismo como forma de Estado

Preliminarmente, é preciso dizer que os Estados, em geral, adotam determinadas formas de organização, por meio das quais se dispõe acerca da atuação do poder político em seu território.

Em outras palavras, entende-se como forma de Estado a maneira pela qual o interior deste ente é estruturado, no que tange à projeção do poder político no âmbito de seu território, principalmente em relação aos aspectos da centralização ou descentralização política, jurídica e administrativa (CASTILHO, 2013).

Consoante as classificações tradicionais, existiriam duas formas principais (também denominadas de “puras”) de Estado, que são o Estado Unitário e o Estado Federado (CASTILHO, 2013).

De maneira geral, o Estado Unitário caracteriza-se como aquele no qual há um poder central, que é, simultaneamente, cúpula e núcleo do poder público. Por sua vez, o Estado federal é aquele que reúne diversos centros de poder político autônomos (DALLARI, D. A., 2011).

Assim, analisar-se-á, no presente capítulo, o surgimento e desenvolvimento do Estado federal ao longo da história, sobrelevando-se as suas principais características e sua importância como meio para preservação territorial dos países.

1.1.1 Considerações iniciais

O federalismo trata-se de um processo cristalizado juridicamente sob a forma de Estado federal, que precisa estar fundamentado, necessariamente, em um tipo de estrutura social, em uma qualidade específica de relações de convivência (BADÍA, 1976).

Dessa forma, não caberia a discussão sobre a bondade ou virtudes do modelo federal sem que houvesse uma concreta referência ao seu marco histórico e sociológico, pois o contrário significaria ignorar que todo regime político se condiciona decisivamente pela estrutura social (BADÍA, 1976).

Demonstra-se, pois, que existe uma relação direta entre as características inerentes a uma determinada sociedade e o processo de implementação do federalismo, na medida em que a organização social o influencia, de maneira importante, principalmente em razão da necessidade de consenso entre os seus membros, que precisam conformar seus interesses

privativos em prol do estabelecimento da estrutura federal.

Nesse viés, conforme Badía (1976), tal circunstância é denominada por ele de princípio de negociação, que seria premissa informadora do federalismo e uma das heranças do liberalismo, proporcionando o fundamento para consolidação da junção de vontades ao abrigo da liberdade e de acordo com o comando do costume e da boa-fé.

Porém, ressalta-se que essas afirmações não podem ser generalizadas, na medida em que o federalismo não é um processo homogêneo em todos os territórios nos quais ele é observado, uma vez que reflete as necessidades da sociedade em um certo momento histórico.

Nesse cenário, no que concerne ao Estado Federal, assevera-se, de acordo com D. A. Dallari (2011), que ele se manifesta como uma forma de Estado, e não de governo, conforme afirmado anteriormente, no qual existe uma relação de proximidade entre a adoção da organização federativa e os obstáculos enfrentados pelo governo, uma vez que o estabelecimento de uma federação é avaliado como mais conveniente, objetivando-se a persecução de fins comuns por dois ou mais povos, sob o manto de um governo comum.

Não obstante a circunstância de que, no Estado Federal, haja a convivência de duas ou mais esferas diferentes de governo, com regimes jurídicos específicos, adverte Castilho (2013) que existiria a preponderância do governo da União, como sujeito de direito público internacional.

Dessa forma, o governo federal seria detentor de uma posição de proeminência em relação aos demais entes federativos, em razão de diversos fatores, não apenas pelo exercício da soberania perante os demais países na ordem externa, mas também no que concerne à extensão de seu poder em relação às entidades subnacionais, sobretudo em razão de sua estrutura administrativa e financeira, assim como pela organização militar a sua disposição, por exemplo.

No que diz respeito à denominação Estado Federal, consoante García-Pelayo (1993), esta teria aparecido, pela primeira vez, nos tempos da Confederação do Reno, sendo utilizada como termo contraposto ao de Confederação. Entretanto, a terminologia, naquele momento, não alcançou o Direito positivo, uma vez que os termos Federação ou Confederação permaneceram sendo utilizados como sinônimos de Estado Federal, a exemplo do que ocorreu no Tratado de Paris (1814) e a Constituição suíça (1848).

Sendo assim, considera-se que foi na literatura alemã que o termo Estado Federal foi utilizado pela primeira vez, com um conteúdo preciso e como diferenciador das Confederações e as novas formas de organização do Estado representadas, primeiramente, pelos Estados Unidos, posteriormente, pela Suíça (1848) e, também, pela Alemanha do Norte e o II Reich

(1867 e 1871) (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Conforme García-Pelayo (1993), nessas novas organizações havia um novo sujeito jurídico-político, que era independente dos Estados componentes e que, por essa razão, deveriam existir designações distintas que correspondessem a essa nova realidade. Assim, contrapôs-se *Staatendund*, que significa Confederação em seu sentido literal, isto é, Federação de Estados, a *Bundesstaat*, correspondente à Estado Federal.

Historicamente, a solução federal foi, em geral, bem recepcionada por diversos governos, na medida em que possibilita uma composição de inúmeros interesses dos mais diferentes grupos sociais que habitam um território, sendo, dessa feita, um importante instrumento na consecução da manutenção e equilíbrio do poder político.

Nesse sentido, segundo Bernardes (2010, p. 2), o federalismo é, até o momento, “uma grande aposta para possíveis soluções em sociedades pluralistas”. Explicita a autora que os Estados atuais acabam privilegiando essa forma de estado, através da adoção de estruturas ou arranjos que se relacionam com esse modelo.

Esse interesse pelo federalismo teria se transformado em obrigatório, principalmente diante da ocorrência da globalização, do fim da polarização ideológica nuclear e do impacto resultante do surgimento de novas tecnologias, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento da cibernética (BERNARDES, 2010).

Observe-se que, no passado, segundo Loewenstein (1979), a excessiva extensão territorial se opunha a uma solução estatal do tipo unitário, como aconteceu no Brasil, por exemplo, no qual, após a queda da monarquia (1889), se transformou de Estado unitário em Estado federal.

Porém, principalmente em decorrência da velocidade do avanço tecnológico, que propiciou, entre outras coisas, novas formas de deslocamento e comunicação, o federalismo revela-se como um eficiente instrumento que permite que diferentes partes de um país sejam integradas e poder político seja exercido adequadamente, tendo sido, por isso, eleito como opção na formação de diversos Estados.

O federalismo apresenta-se, dessa maneira, como uma forma de ampliação dos governos, o que, de acordo com Riker (1987), seria uma das preocupações políticas mais urgentes do mundo atual, uma vez que o desenvolvimento célere da tecnologia possibilita, entre outras coisas, governar uma área geográfica maior, a partir de um centro, aumentar a arrecadação de tributos, manter uma estrutura governamental ampla e reunir um exército maior.

Cumprir dizer que o estabelecimento do federalismo em um Estado confere margem à criação e desenvolvimento de espaços de cunho eminentemente democrático, por intermédio

dos quais é possível a tomada de decisões sobre os rumos do Estado federal de maneira consensual, observando-se os limites previamente estipulados para o exercício do poder político.

Dessa feita, o federalismo manifesta-se “como metodologia, mecanismo ou engenharia de limitação do poder político e garantidor dos direitos fundamentais dos cidadãos”, por intermédio do respeito às diferenças existentes, decorrente de sua capacidade de potencializar a expansão dos lugares democráticos (RAMOS, P. R. B., 2012, p. 10).

O federalismo, assim, trata-se de força política, na medida em que enfatiza o fundamento consensual da política e a relevância da liberdade na constituição e manutenção das repúblicas democráticas (ELAZAR, 1991).

É possível dizer que o federalismo constitui preferência de diversos Estados, em razão das inúmeras vantagens apontadas pelos estudiosos relativas a sua utilização como forma de organização do poder político em um dado território, principalmente pela capacidade que possui de conciliar interesses divergentes.

Por esse motivo, conforme Elazar (1991), o fato de que povos e Estados ao redor do mundo estejam em busca de soluções federais para os problemas relativos, principalmente, à integração política dentro de uma estrutura democrática, não é surpreendente.

A organização federal expandiu-se para outros territórios, dessa feita, tanto em razão de necessidades reais, como também como resultado de um fenômeno imitativo, saindo, assim, dos Estados Unidos em direção a diversos Estados ibero-americanos (México, Argentina, Brasil, Venezuela), à Suíça (1848), à Alemanha (1871), a alguns domínios britânicos e, a partir da Primeira Guerra Mundial, a outros países (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Destaque-se que a implementação do federalismo não se deu de forma igual nos diferentes países que o adotaram, adequando-se às características que permeiam a sociedade no qual irá se desenvolver.

Dessa maneira, o Estado Federal pode surgir como produto de uma vinculação jurídico-política de Estados que, até um determinado momento, eram independentes, como, por exemplo, o ocorrido com os Estados Unidos e a Suíça, como também pode ser resultante de uma nova estrutura constitucional de um Estado até então unitário, a exemplo do que aconteceu com o México (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Geralmente, consoante preceitua Loewenstein (1979), os impulsos para uma associação federal parecem ser paralelos com aqueles que tendem a criar uma unidade nacional entre diversos Estados até então separados, preferindo-se, por razões específicas, o tipo federal ao tipo unitário.

Assim, a unidade nacional se busca por meio da diversidade regional. Acrescido à localização geográfica ou melhor geopolítica, os seguintes requisitos têm uma importância decisiva: a comunidade de interesses políticos, econômicos ou estratégico-militares; a tradição comum e aspirações comuns para o futuro; a maior parte das vezes, uma relação de consanguinidade ou de ascendência comum; e, ainda que não seja indispensável, também uma comunidade linguística (LOEWENSTEIN, 1979).

Seja como for, para Loewenstein (1979), a principal razão para a preferência da organização federal seria a convicção de que, apesar da reconhecida necessidade de unidade nacional, as tradições regionais atuam contra a fusão de Estados individuais em uma organização estatal unitária, sendo necessário que as diferenças culturais das diversas entidades se mantenham por meio de uma ordem federal.

Reconhece-se, portanto, que um dos grandes méritos do federalismo é a possibilidade de que sejam preservadas as distintas culturas observadas no interior de um Estado federal, independente da maneira pela qual este tenha sido criado, tendo em vista a busca constante pela manutenção da unidade em meio à diversidade.

1.1.2 As origens históricas do federalismo

Alguns pesquisadores afirmam que, ao longo da história, haveria registros da existência, desde a antiguidade, de organização do poder político em determinados territórios que seriam equivalentes ao federalismo, tal como hoje é definido.

Nesse sentido, o primeiro aparecimento do que pode ser denominado de governos federais teria ocorrido na Grécia antiga, após a Guerra do Peloponeso. Entretanto, as circunstâncias que inspiraram a invenção federalista teriam sido exclusivamente militares, na medida em que as cidades constituintes delegavam aos governantes federais somente autoridade militar, mantendo para si mesmas as decisões relativas sobre questões diplomáticas, tais como fazer ou não guerra e concluir tratados, que impactavam diretamente nas decisões militares (RIKER, 1987).

Ocorre que, conforme explica Riker (1987), a função militar teria sido mal desempenhada e isso foi utilizado pelos governantes das unidades constituintes como justificativa para novas restrições à autoridade dos milites federais e tal restrição, por sua vez, levou a um desempenho militar ainda pior. Com isso, a noção de federalismo não teria sido ouvida novamente até a Idade Média.

Posteriormente, o federalismo teria ressurgido quando circunstâncias muito semelhantes

às das cidades-estado gregas foram replicadas. Assim, as cidades medievais do Norte da Itália e do sul da Alemanha teriam formado federações para resistir às invasões dos nascentes Estados-nação, de acordo com os ensinamentos de Riker (1987).

Em que pese isso, segundo os quais o federalismo existiu muito antes da experiência norte-americana, ressalte-se que há expressiva corrente, a qual este trabalho se vincula, que argumenta em sentido contrário, isto é, que o fenômeno federal surgiu apenas quando da sua implementação no território americano, não sendo adequado se falar em Estado federal antes desse momento.

Nessa linha de entendimento, preceitua D. A. Dallari (2019) que as federações que alguns afirmam visualizar na Antiguidade, na Idade Média ou nos primeiros séculos da Era Moderna nada mais seriam que alianças temporárias, cujos objetivos eram limitados, não se alcançando, portanto, a submissão total e permanente dos aliados a uma Constituição comum, sob um governo formado por todos e que detivesse uma autoridade plena, máxima e irrecusável sobre todos.

Dessa maneira, o Estado Federal teria surgido como uma criação do século XVIII, em que pese o termo federalismo tenha sido utilizado, muitas vezes, de maneira genérica e imprecisa, para significar qualquer “aliança de Estados”, uma vez que, tecnicamente, Estado Federal equivaleria a determinada forma de Estado criada pelos norte-americanos, no final do século XVIII (DALLARI, D. A., 2019).

Compartilhando essa mesma compreensão, afirma Loewenstein (1979) que, apesar das uniões de Estados do tipo federal existiram, por exemplo, na Grécia antiga, onde havia as ligas ou *sinoikias* de Delos, Anfíctonia, Helênica e Aqueia, a “aliança eterna” (*ewige Bund*) dos cantões suíços, durante o século XIV e XV e a União de Utrecht (1569) entre as sete províncias dos Países Baixos, nenhuma delas teriam constituído um autêntico Estado federal, em parte pela ausência de órgãos comuns com jurisdição direta sobre os cidadãos dos Estados associados e, por outro lado, em razão da preponderância de um dos membros.

Conforme Loewenstein (1979), somente após o período transitório dos *Articles of Confederation* é que os treze Estados americanos formaram, através da Constituição federal de 1787, e, pela primeira vez na história, um Estado federal completamente estruturado.

Sendo assim, seguindo-se as lições de P. R. B. Ramos (2012) e conforme enfatizado anteriormente, parte-se do pressuposto de que o federalismo se trata de uma criação da experiência política americana, cuja análise é imprescindível para o entendimento adequado acerca desse fenômeno.

Tendo-se em vista isso, far-se-á uma breve incursão histórica sobre o processo de

formação e estruturação do federalismo no território dos Estados Unidos da América, elencando suas principais características, que foram, recorrentemente, consideradas modelo por outros Estados que decidiram utilizar a estrutura federal.

Em 1776, as treze colônias inglesas da América romperam o vínculo de dependência política, através da Declaração de Independência, que dispôs, de maneira solene, que elas passavam, a partir de então, a ser Estados livres e independentes, eximindo-se de qualquer vassalagem relacionada à Coroa britânica, podendo praticar todos os atos que, em geral, são assegurados como direitos dos Estados independentes (DALLARI, D. A., 2019).

Naquela conjuntura, consoante D. A. Dallari (2019), era necessário o estabelecimento de condições que assegurassem a possibilidade de uma vida independente, uma vez que existia a questão de se assegurar uma defesa capaz de enfrentar uma possível tentativa da Inglaterra no sentido de anular a declaração de emancipação, bem como dificuldades no âmbito interno e recursos financeiros insuficientes.

Ressalte-se que as antigas colônias, ao tornarem-se Estados, adquiriram soberania e assumiram a competência para decidir sobre todos os assuntos que lhes fossem pertinentes, fossem de ordem interna ou externa (DALLARI, D. A., 2019).

No ano de 1781, de acordo com D. A. Dallari (2019), foi assinado um tratado, denominado de Artigos da Confederação, que não retirou dos Estados a sua soberania, mas sim estabeleceu, expressamente, em seu artigo 2º, que eles a detinham, bem como possuíam, também, liberdade, independência e cada poder, jurisdição e direitos que não tivessem sido delegados pela Confederação, de maneira expressa, aos Estados Unidos, reunidos em Congresso.

Percebe-se que o estabelecimento da Confederação americana foi um meio que possibilitou aos Estados que a integravam a manutenção da soberania de cada um deles, tendo sido mínimas as concessões em torno de um projeto que conferisse maiores poderes ao Congresso e, mesmo assim, detinham a prerrogativa de retirá-los, caso entendessem conveniente.

Dessa maneira, afirma D. A. Dallari (2019, p. 16) que:

O reconhecimento de que haveria necessidade de tomar decisões em comum foi o que levou os integrantes do tratado à conclusão de que era indispensável delegar alguns poderes ao Congresso, mas ficou bem claro que só se considerariam objeto de delegação os poderes que fossem expressamente referidos. Além disso, porque preservavam a soberania, os Estados poderiam revogar, a qualquer momento, a delegação de qualquer dos poderes que tivessem cedido.

Entretanto, essas características fragilizavam aquela união de Estados, visto que existia

sempre o risco de que determinados membros dela se retirassem. Diante disso, era difícil obter meios para as ações conjuntas, dado que cada ente era considerado soberano e que não havia como obrigar que um dos signatários do tratado fornecesse recursos para atender alguma emergência (DALLARI, D. A., 2019).

Essas foram, consoante D. A. Dallari (2019), algumas das razões pelas quais os líderes concluíram que a Confederação não seria capaz de assegurar a união permanente dos Estados, nem mesmo concedê-la os meios dos quais ela necessitava, sendo necessário, então, o aperfeiçoamento da Confederação.

Diante dessa constatação, deu-se início a um movimento no sentido de modificar esse cenário, já que, caso a configuração existente fosse mantida, principalmente pelo fato de que os Estados não demonstravam muito interesse em destinar recursos, de naturezas diversas, para que se alcançasse os fins comuns inerentes à Confederação.

Assim, em busca do aprimoramento dos Artigos da Confederação, D. A. Dallari (2019) explica que os Estados que integravam esse tratado se reuniram em uma Convenção realizada na cidade de Filadélfia, em maio de 1787, ocasião na qual não compareceu o representante de Rhode Island.

Nesse momento, foram definidas duas linhas de pensamento entre os representantes dos Estados enviados à supracitada Convenção, que divergiam sobre o quão profundas deveriam ser as alterações a serem implementadas na forma de estado então vigente.

Assim, por um lado, havia aqueles que almejavam que se realizasse somente a revisão dos Artigos da Confederação, evidenciando as obrigações dos Estados, porém mantendo intocada a sua soberania, e, de outro, situavam-se aqueles que eram adeptos da transformação da Confederação em uma Federação, defendendo que todos os Estados se sujeitassem a um governo central, que seria o responsável pelo trato de certos assuntos e que teria as suas atribuições elencadas na Constituição (DALLARI, D. A., 2019).

É importante destacar que, de acordo com García-Pelayo (1993), as formas de organização do Estado conhecidas até aquele momento e que seguiam um critério racional eram o Estado Unitário e a Confederação. Diante disso, a federação tratava-se de uma proposta intermediária entre estas duas.

A partir das discussões e inúmeras divergências advindas da atuação dos integrantes da Convenção da Filadélfia, destaca-se a intensa participação de Alexander Hamilton, James Madison e John Jay, considerados expoentes da política americana. Através da utilização do pseudônimo “Publius”, eles publicaram, entre maio de 1787 e maio de 1788, oitenta e cinco artigos, cujo teor envolvia inúmeros argumentos em defesa de uma nova Constituição.

Esses autores trabalhavam no sentido de expor as possíveis vantagens oriundas do estabelecimento de uma União bem consolidada, que assegurasse, entre outras coisas, segurança, tanto contra ameaças internas quanto externas e pudesse proporcionar prosperidade àquela nova nação, conforme se observa a seguir:

Entre as numerosas vantagens prometidas por uma União bem construída, nenhuma merece ser mais cuidadosamente elucidada que sua tendência a deter e controlar a violência e o faccionismo. [...] De toda parte se ouvem queixas de nossos cidadãos mais conscienciosos e virtuosos, partidários ao mesmo tempo da fé pública e privada e da liberdade pública e pessoal, de que nossos governos são demasiados instáveis, o bem público é desconsiderado nos conflitos entre partidos rivais, e que, com muita frequência, adotam-se medidas não segundo as normas da justiça e os direitos do partido minoritário, mas pela força superior de uma maioria interessada e despótica. (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993, p. 133)

Hamilton, em seus esforços destinados para o convencimento sobre a imprescindibilidade da Nova Constituição, enumerou inúmeros defeitos da Confederação então estabelecida.

Um deles seria a total ausência de sanção às suas leis, isto é, os Estados Unidos, na configuração confederativa, não teriam nenhum poder para exigir que suas resoluções fossem obedecidas, ou para punir aqueles que as desobedecessem, através de multas pecuniárias, suspensão, privação de privilégios ou por intermédio de outros meios constitucionais (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993).

A falta de uma mútua garantia entre os governos estaduais seria outra imperfeição detectada no plano federal. Assim, “uma facção bem-sucedida pode erigir uma tirania sobre as ruínas da ordem e da lei, enquanto nenhum socorro poderia ser constitucionalmente fornecido pela União aos que defendessem e apoiassem o governo” (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993, p. 189).

Asseverou-se que a valorização desmedida da importância conferida aos Estados ocasionou em alguns indivíduos uma objeção ao princípio de atribuir ao governo federal esse poder de garantia, tendo em vista que isso seria uma interferência oficiosa em assuntos internos dos membros.

Dessa feita, os federalistas defenderam que “uma garantia pela autoridade nacional se voltaria tanto contra o abuso dos governantes como contra as agitações e arbitrariedades do facciosismo e da sedição na comunidade” (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993, p. 189-190).

Outra falha da Confederação considerada fundamental pelos federalistas consistiu na regulação das contribuições dos Estados para o tesouro comum através de cotas. Segundo eles, tratava-se de situação incompatível com o atendimento satisfatório das necessidades nacionais,

o que ensejava a necessidade de autorizar o governo nacional a arrecadar seus próprios recursos a sua maneira (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993).

Em suma, Madison, Hamilton e Jay (1993) destacavam a necessidade de uma Constituição forte o suficiente para preservar a União, cujos objetivos seriam a defesa comum dos membros, a preservação da paz pública, tanto contra convulsões internas quanto contra ataques externos, a regulação do comércio com outras nações e entre os próprios Estados e a superintendência de intercuro político e comercial com países estrangeiros.

Em sentido contrário, os denominados “antifederalistas”³ combatiam, intensamente, tais proposições expostas por Madison, Hamilton e Jay, principalmente por entenderem que a manutenção de um modelo de organização menos complexo, capaz de assegurar a resolução dos mais variados assuntos ao alcance de seus cidadãos, valorizando, assim, a natureza comunal das unidades administrativas menores, seria a melhor proposta (VIANA, P. N. M.; GOLTZMAN, 2021).

Nesse viés, para essa corrente contrária ao estabelecimento do federalismo, prevalecia a ideia de que, neste modelo, qualquer governo que atuasse sobre um território tão vasto, tal como o dos Estados Unidos, não poderia ser controlado pelo povo, e enxergavam nos amplos poderes do Governo Central uma ameaça familiar aos direitos e liberdades das pessoas (KETCHAM, 1996).

Isso porque os antifederalistas acreditavam que a maior ameaça ao futuro dos Estados Unidos consistia no potencial do governo tornar-se corrupto e aproveitar, cada vez mais, do poder estabelecido até que seu domínio tirânico prevalecesse perante o povo, tendo em vista que este havia, recentemente, se libertado da tirania britânica (RAMOS, P. R. B.; PINHEIRO, 2017).

Portanto, para os antifederalistas, sobretudo pelo receio, fundamentado na experiência anterior de colônia inglesa, de que os direitos e liberdades dos indivíduos fossem afetados, o fortalecimento de um ente central, tal como proposto pelos federalistas, representava um retrocesso em relação a todos os esforços empreendidos para que os Estados integrantes da Confederação fossem soberanos e os seus cidadãos pudessem viver da maneira que lhes aprouvesse.

³ “Aqueles que divergiram, quer seja quanto à existência da crise ou em relação às medidas sugeridas na Constituição, ficaram alcunhados como antifederalistas. Quanto ao nome que lhes foi dado, vale ressaltar que não foram, propriamente, os opositoristas que os escolheram. Os defensores da Constituição, com o intuito de contrapor as críticas que sofriam e sofreriam com mais intensidade dos opositoristas, se auto intitularam federalistas, transmitindo a ideia de que defendiam a manutenção da soberania dos Estados, taxando, por sua vez, os seus opositores de antifederalistas, passando assim a ideia de que estes fossem contra a soberania dos Estados.” (RAMOS, P. R. B.; PINHEIRO, 2017, p. 62).

Em que pese tais divergências de posicionamentos, compreende-se que o Estado Federal ingressou na História a partir da Constituição americana de 1787, não em decorrência de um esquema prévio para instituí-lo, mas sim em razão das necessidades práticas, uma vez que se buscava, naquele momento, uma fórmula que pudesse compatibilizar a existência dos Estados individuais de maneira simultânea com a de um poder dotado de poderes para ser autossuficiente no âmbito de suas funções (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Sendo assim, o Estado Federal refletiu, quando da sua criação, as ideias predominantes entre os líderes das colônias inglesas da América, com as devidas adaptações para que houvesse a conciliação das divergências e se pudesse atender as circunstâncias de ordem prática (DALLARI, D. A., 2019).

Dessa maneira, considerando-se o fenômeno federal como uma experiência originalmente norte-americana, implementado após intensas discussões acerca do assunto, principalmente em torno de sua conveniência e capacidade de tal modelo em suprir as necessidades de proteção e desenvolvimento da nação americana.

1.2 Delineamentos teórico-conceituais sobre a Teoria do Federalismo

Após discorrer-se sobre as origens do federalismo no tópico precedente, a seguir serão tratadas questões vinculadas as suas principais características, assim como sobre os tipos de estruturas federais existentes ao longo da história desse fenômeno, por entender-se serem indispensáveis para uma melhor compreensão sobre o tema.

1.2.1 Características do federalismo

No que tange aos elementos caracterizadores do federalismo, é comum que se faça menção àqueles que constituem o Estado federal norte-americano. Entretanto, é importante observar que, apesar da relevância deste, uma vez que por seu intermédio o federalismo teria sido inaugurado, suas características não precisam, necessariamente, ser encontradas, em sua integralidade, para que esteja configurada a estrutura federal.

Portanto, consoante explica P. R. B. Ramos (2012), parte-se da premissa de que a forma de Estado federal está presente não apenas quando estejam preenchidos todos os requisitos do federalismo norte-americano, uma vez que este não se apresenta como o melhor modelo de sistema federalista, nem mesmo como o único existente ao redor do mundo.

Nesse mesmo sentido, Watts (2006) dispõe que, embora seja possível detectar

determinadas características estruturais e processos políticos comuns à maioria das federações, elas vivenciam inúmeras variações na aplicação desse modelo de Estado, não existindo uma forma perfeita de federação.

Ressalte-se que, não obstante isso, há características consideradas essenciais, principalmente aquelas que se relacionam à efetiva limitação do poder, por intermédio de uma adequada e eficiente divisão do poder político estatal, uma vez que, mais relevante que a circunstância de os Estados que se queiram federais possuírem tais aspectos essenciais, é necessário que eles consigam, principalmente, garantir os serviços públicos dos quais a sociedade precisa, assegurando, por conseguinte, a liberdade (RAMOS, P. R. B., 2012).

Diante, pois, da necessidade de que determinados elementos sejam encontrados em um Estado para que este detenha a natureza federal, os estudiosos do tema costumam elencar aqueles que são mais importantes e imprescindíveis para essa finalidade, conforme descreve-se a seguir.

Segundo Watts (2006), as características estruturais mais comuns das federações são: duas ordens de governo, que atuam de maneira direta sobre seus cidadãos; uma divisão constitucional formal dos poderes legislativo e executivo e a distribuição de fontes de financiamento entre as duas ordens de governo, como forma de assegurar algumas áreas de plena autonomia para cada instância; a manutenção de um foro de representação para as diversas opiniões regionais dentro das instituições políticas federais; uma Constituição escrita dotada de supremacia, não reformável de maneira unilateral, exigindo-se o consentimento de uma porção significativa das unidades constituintes; um árbitro que regule as disputas entre governos; e procedimentos e instituições que facilitem a colaboração intergovernamental naquelas áreas onde as competências sejam compartilhadas ou se sobreponham, de forma inevitável.

Por sua vez, P. R. B. Ramos (2012, p. 22) aduz que, de maneira geral, qualquer sistema federal deve apresentar a maioria das seguintes características:

[...] a) constituição escrita e rígida; b) duas ordens jurídicas: central e parciais, sendo estas últimas dotadas de autonomia, quer dizer, competências próprias, possibilidade de auto-organização e de escolha de seus governantes e membros do poder legislativo, os quais terão competência para legislar sobre as matérias fixadas na constituição federal, além dos recursos necessários para fazer frente às suas responsabilidades; c) indissolubilidade do vínculo federativo; d) vontades parciais representadas na elaboração da vontade geral através do Senado Federal, que deve guardar a isonomia dentre as vontades parciais; e) existência de um Tribunal Constitucional como guardião das competências e f) possibilidade de intervenção federal.

Tais qualidades estavam presentes no primeiro país que adotou a forma federativa de

Estado, mas é necessário reiterar-se que isso não significa afirmar que todos os demais países que se queiram federalistas tenham que, necessariamente, apresentar os mesmos aspectos, uma vez que cada um possui realidade, história e um dinamismo que lhes são peculiares (RAMOS, P. R. B, 2012).

Apesar das diferentes características apontadas como indispensáveis a um Estado federal, nesta investigação, adere-se à linha de compreensão emanada por P. R. B. Ramos, conforme os parágrafos anteriores, uma vez que se entende que constituem elementos marcantes, dos quais os Estados ditos federais não podem abrir mão, sob pena de desvirtuar os fins a que se propõe o federalismo.

Não se pode olvidar, ainda, que há circunstâncias no âmbito social que influenciam, marcadamente, na implementação dos diversos aspectos retrocitados, que acabam sendo adaptados ao meio para atender às demandas da sociedade.

Assim, “a realidade social e econômica de cada sociedade marca a possibilidade de variação de nível, decorrente da adoção de mecanismos para enfrentar situações concretas que são submetidas ao desafio de cada sociedade em seu momento histórico” (SCAFF; ROCHA, F. S. S., 2013, p. 70).

Exatamente por essa necessária adaptação à realidade é que o federalismo pode, muitas vezes, apresentar divergências, quando se compara a estrutura prevista em uma constituição escrita e aquela observada na prática, tornando-se necessária a análise de ambas as formulações para verificar como elas se relacionam.

Dessa feita, Watts (2006) afirma que há uma diferença crucial entre a forma de estado definida constitucionalmente e o seu real funcionamento, pois, em diversos sistemas políticos, a prática tem transformado o que foi estabelecido pela Constituição. Esse seria o caso do Canadá e da Índia, por exemplo, na medida em que o desenho inicial constitucional foi quase-federal, contendo alguns poderes que outorgam supremacia ao nível central, aspecto típico dos sistemas unitários.

Além disso, afirma-se que o federalismo estaria estritamente ligado à democracia, na medida em que se reserva aos cidadãos uma esfera de participação nos processos decisórios do Estado federal, sem que isso afete os seus direitos e liberdades individuais, que são resguardados através da Constituição.

Assim, entre as características mais significativas dos processos de federalização, é possível incluir uma forte predisposição à democracia, uma vez que eles presumem um consentimento voluntário dos cidadãos das unidades constituintes, a não centralização como um princípio demonstrado por meio da multiplicidade de centros de decisão política, a abertura

da negociação política como nota distintiva da forma na quais se adotam as decisões, o funcionamento de um sistema de controles, de maneira que se evite uma concentração de poder político e um respeito ao constitucionalismo, desde o momento em que cada decisão governamental deriva sua autoridade da Constituição (WATTS, 2006).

Ainda, P. R. B. Ramos (2011, p. 16) assim dispõe:

[...] é importante dizer, a amante preferencial de um Estado Federal legítimo, quer dizer, daquele que preenche os requisitos mínimos necessários de repartição equilibrada do poder, é a democracia, porquanto esta, enquanto regime político, estimula a participação consciente dos cidadãos nos negócios públicos, permitindo que a comunicação direta entre os entes políticos se fortaleça permanentemente, afinal foi a necessidade de as decisões do poder central de incidir diretamente sobre os cidadãos dos Estados-membros que possibilitou uma revisão da sistemática confederativa e a construção da sistemática federativa.

Além disso, conforme Watts (2006), os processos federais podem ser territoriais, consorciais ou de ambos os tipos. Dessa maneira, enquanto existem alguns exemplos de federações nas quais há unidades constituintes não territoriais reconhecidas na Constituição, a distribuição constitucional do poder entre unidades territoriais é, consideravelmente, a característica mais comum entre as federações.

No momento da distribuição dos poderes para os entes federativos, cumpre ao legislador constituinte originário realizar escolhas, de acordo com as demandas sociais, que determinam o nível de autonomia de cada um dos integrantes da estrutura federal.

Sendo assim, os poderes constitucionais podem estar divididos de maneira igual entre a principal categoria de unidades constituintes, mas também há federações nas quais há algum grau de assimetria na relação entre as principais unidades constituintes (WATTS, 2006).

Outro fator relevante relacionado ao fenômeno do federalismo é a denominada lealdade intelectual, tendo em vista que não seria viável a busca pelo federalismo em um Estado Unitário Descentralizado ou em uma confederação, uma vez que se trata de realidades políticas que detêm características próprias, que, por conseguinte, as distinguem do federalismo (RAMOS, P. R. B., 2012).

Dessa feita, conforme defende P. R. B. Ramos (2012, p. 23), para saber se há federalismo em um determinado Estado, tornar-se-ia indispensável a execução do que o autor define como teste de qualidade, que consiste em identificar a “presença dos elementos essenciais do federalismo em organizações estatais que se queiram como tal”.

Nesse contexto, a primeira característica a ser considerada é a existência de uma constituição escrita, ou seja, “uma lei fundamental em que estão estabelecidas as regras do jogo em relação ao exercício do poder político” (RAMOS, P. R. B., 2012, p. 23).

A constituição escrita é um produto do federalismo, conforme Elazar (1991), criado como um artefato político para tornar possível a constituição ou reconstituição de políticas em uma base federal, através de processos de escolha constitucional.

Trata-se de documento imprescindível, tendo em vista que nele estão previstas normas que asseguram, entre outras coisas, o regular funcionamento do Estado federal, através, por exemplo, da previsão de instrumentos que possam ser utilizados com o fim de coibir o extrapolamento do exercício dos poderes constitucionais, bem como consignam direitos e liberdades fundamentais.

Segundo Barbosa (1983), a federação necessita de um pacto expreso, ou seja, de uma Constituição escrita, capaz de proteger, simultaneamente, os Estados contra a União e os indivíduos contra o poder, através da delimitação da autoridade federal, em seus vários ramos, especialmente naquele que está investido na função de elaborar a lei, visto que este poderia, eventualmente, invadir o contrato primitivo e alterá-lo, caso isto não lhe fosse proibido em termos absolutos.

Também, preceitua Loewenstein (1979), que um Estado federal não pode funcionar sem uma constituição escrita, na medida em que esta seria a incorporação do contrato sobre o que ele denomina de aliança eterna. Portanto, por intermédio desse pacto, os Estados-membros, até então soberanos, dispensam certos direitos, inerentes a sua soberania, em benefício do Estado central, sendo compensados pela proteção de sua existência por todos os demais membros, assim como por usufruir das vantagens oriundas da vinculação a uma comunidade estatal maior.

Dessa forma, as relações federais precisam ser estabelecidas ou confirmadas por intermédio de um pacto de união, perpétuo e incorporado em uma Constituição escrita, na qual se encontre disposto em que termos o poder é dividido ou compartilhado em um determinado sistema político e que somente pode ser modificado por processos extraordinários (ELAZAR, 1991).

Assim, a organização federal fundamenta-se na ideia de que a constituição escrita estabelece um compromisso entre os interesses da unidade nacional e a autonomia regional, criando, por meio da compreensão racional, um equilíbrio duradouro e benéfico para todos os participantes (LOEWENSTEIN, 1979).

Portanto, é na fundamentação jurídica que reside a diferença fundamental entre a união de Estados em uma confederação ou em uma federação, tendo em vista que esta é formada a partir de uma constituição escrita e aquela é formada por meio de pacto.

Nesse sentido, afirma D. A. Dallari (2019, p. 21) que:

Na confederação os integrantes se acham ligados por um tratado, do qual podem desligar-se a qualquer momento, uma vez que os signatários do tratado conservam sua soberania e só delegam os poderes que quiserem e enquanto quiserem. Bem diferente é a situação numa federação, pois aqui os Estados que a integram aceitam uma Constituição comum e, como regra, não podem deixar de obedecer a essa Constituição e só têm os poderes que ela lhes assegura.

Juridicamente, pois, as constituições federais se distinguem das demais em razão de não serem meros acordos entre governantes e governados, mas sim envolverem o povo, o governo geral e as unidades constituintes. Ademais, os Estados-membros mantêm o direito de elaborar a sua própria constituição (ELAZAR, 1991).

A rigor, a constituição federal é capaz de integrar uma série de unidades territoriais (Estados-membros) em uma organização conjunta, de acordo com um sistema de relações jurídicas (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Por essa razão, é essencial que toda constituição federal estabeleça uma delimitação de competências entre a Federação e os Estados-membros, o que significa, também, uma garantia da existência política do Estado-membro, que se manifesta em uma constituição própria, elaborada dentro de certos limites pré-estabelecidos (GARCÍA-PELAYO, 1993).

A distribuição de competências aos diferentes entes integrantes do Estado federal no bojo de uma constituição escrita corresponde a uma necessidade, na medida em que caberá a cada ente federal o desempenho de determinadas atribuições, dentro dos limites estabelecidos constitucionalmente, preservando-se, sobretudo, a autonomia das entidades subnacionais.

Dessa forma, não há nada mais sensível na técnica constitucional que a definição originária das tarefas estatais aos campos de competências constituídos pelo Estado central e os Estados-membros, encontrando-se nela a chave da estrutura do poder federal (LOEWENSTEIN, 1979).

Afirma Loewenstein (1979) que existiria um mínimo irredutível de competências federais que são indispensáveis em uma ordem federal autêntica e que diz respeito aos seguintes campos: os assuntos exteriores, a defesa nacional, o sistema monetário, pesos e medidas, a nacionalidade, comércio e comunicações entre os Estados-membros e os meios financeiros para atender as tarefas federais.

Esse catálogo mínimo de competências do Estado central, clássico em todas as organizações federais antigas, tem experimentado, a partir de novas experiências, uma ampliação em razão das tarefas estatais exigidas pelo Estado de bem-estar e prestador de serviços, as quais não podem ser realizadas se houver desigualdades territoriais no território da organização federal (LOEWENSTEIN, 1979).

Nessa conjuntura, a ampliação das competências dos entes federativos em razão da consolidação do Estado de bem-estar social reflete a capacidade que o federalismo possui de se adaptar ao surgimento de novas demandas sociais, demonstrando que ele é dinâmico e que possui margem para que seus contornos sejam alterados, sem que se comprometa a sua essência.

A delimitação das competências constitucionais entre os integrantes de uma determinada federação pode ocorrer das mais variadas maneiras, de acordo com a tendência (centralizadora ou descentralizadora) prevalecente quando da elaboração da constituição federal.

Portanto, podem ser previstas matérias exclusivas, cuja legislação e execução, ou simplesmente uma destas atividades, pertenceriam, inteiramente, a uma das partes estatais, e matérias concorrentes, ou seja, aquelas que podem ser regulamentadas tanto pela Federação quanto pelos Estados-membros (GARCÍA-PELAYO, 1993).

Essa definição das competências entre a federação e os Estados-membros realizada nas constituições federais pode ocorrer, ainda, através da enumeração das funções atribuídas à federação ou aos Estados-membros (princípio da enumeração), dando origem a uma zona intermediária de competências concorrentes, que poderá ser subsequentemente determinada, assim como atribuem aos Estados-membros ou à federação as tarefas não enumeradas (cláusula de reserva ou residual) (LOEWENSTEIN, 1979).

Em geral, conforme Loewenstein (1979), na relação das competências enumeradas e residuais pode-se averiguar o caráter da estrutura federal, isto é, se esta tende a uma preponderância do Estado central ou do Estado-membro. Quanto mais extensa for a numeração das competências atribuídas ao Estado central mais limitado será o âmbito das tarefas dos Estados-membros.

É importante destacar que, atualmente, a distribuição das competências não é tão definida quanto já foi no passado, quando, por exemplo, a Constituição americana foi elaborada (RAMOS, P. R. B., 2012).

Seja como for, a realização de atualizações que reflitam um modelo mais moderno de repartição de competências, principalmente através da interpretação constitucional, e que incluam, simultaneamente, as competências exclusivas, concorrentes e comuns, é imprescindível, sob pena de desaparecimento dos sistemas federais.

Um outro aspecto relativo à questão da distribuição de competências diz respeito aos denominados poderes implícitos da União. Estes, consoante assevera D. T. Ramos (2000), devem ser resguardados, na medida em que a sua competência quanto ao interesse federal seria

inquestionável. Contudo, surge, ao mesmo tempo, a necessidade de cautela, para que não haja uma interpretação inadequada desses poderes, visto que, se esta for ampla ou restrita demais, poderá haver um desequilíbrio, afetando, diretamente, o federalismo.

Superada essa primeira característica, ou seja, a indispensável existência de uma constituição escrita e rígida, faz-se imprescindível saber se esse documento constitucional alcança mais de uma ordem de poder político, já que existem constituições que são escritas e rígidas, mas que não admitem mais de uma esfera de poder político, tal como ocorre na Constituição francesa (RAMOS, P. R. B., 2011).

É importante que se perceba, assim, que o fato de um Estado ter uma constituição escrita e rígida não implica, necessariamente, que se está diante de um Estado federal, pois este só existe se houver reconhecimento em seu texto de mais de uma ordem de poder político, capazes de edificarem suas próprias ordens jurídicas, ou seja, suas constituições, as quais, por sua vez, deverão obediência aos princípios estipulados na constituição federal (RAMOS, P. R. B., 2011).

Nesse sentido, o sistema político deve reforçar os termos da constituição, por intermédio da difusão de poder entre uma série considerável de centros autossustentáveis, geralmente coincidentes com as políticas constituintes estabelecidas pelo pacto federal (ELAZAR, 1991).

De acordo com Elazar (1991), a não centralização assegura que, independentemente de como determinados poderes possam ser compartilhados pelos governos geral e constituintes em um certo momento, a autoridade para participar do seu exercício não pode ser deles retirada sem que haja consentimento mútuo.

Assim, em uma organização federal, é característica fundamental que o poder político seja repartido entre dois ou mais entes, detentores de autonomia, de maneira que a cada um seja concedida a possibilidade de organizar suas próprias ordens jurídicas, atendendo aos ditames constitucionalmente previstos.

Ressalte-se que a existência de diversos entes políticos em sistemas federais possibilita a participação deles como parceiros nas atividades governamentais nacionais e a sua atuação, unilateralmente, com alto grau de autonomia, em áreas constitucionalmente conferidas a eles, mesmo em questões cruciais e, inclusive, em diversos graus, em oposição às políticas nacionais, porque possuem poderes irrevogáveis (ELAZAR, 1991).

Contudo, apenas essas duas características não são suficientes para que um Estado possa ser classificado como federal. Faz-se imprescindível que haja previsão em constituição rígida e escrita de áreas de atuação bem delimitadas, nos termos já explicitados em parágrafos antecedentes, inerentes a cada ente estatal, isto é, que sejam atribuídas competências exclusivas tanto aos poderes parciais quanto ao poder central, de maneira que sejam reconhecidas como

entes próprios, específicos e com personalidade jurídica (RAMOS, P. R. B., 2011).

Nesse sentido, preceitua Schwartz (1984, p. 26) que:

[...] o equilíbrio apropriado necessário ao funcionamento de um sistema federal é assegurado e mantido pela estrita demarcação da autoridade federal e estadual. Os estados e a Nação são concebidos como rivais iguais e, a menos que haja uma delimitação rígida de suas respectivas competências, teme-se que a própria União sofra uma ruptura em decorrência de sua rivalidade. Isto é verdadeiro especialmente no que se refere à expansão da autoridade federal. Os poderes reservados aos estados precisam ser preservados zelosamente para não serem tragados pelo Governo de Washington.

É importante observar que, em que pese o fato de que as competências concorrentes venham preenchendo espaços relevantes nos Estados federais, P. R. B. Ramos (2011) aduz que a existência de competências exclusivas é indispensável para que sejam caracterizados como tais.

A previsão das competências, além disso, implica na previsão dos recursos que serão utilizados para que elas sejam desenvolvidas, “daí que devem estar perfeitamente registradas na constituição escrita as fontes de recursos para o desempenho das tarefas conferidas a cada ente, isto porque o financiamento é sempre uma questão crucial em um Estado composto” (RAMOS, P. R. B., 2011, p. 21).

No mesmo sentido, D. A. Dallari (2019, p. 26) afirma que um “maior número de competências pode significar mais poder político, mas significa também maiores encargos, mais responsabilidade”. A distribuição de competências significa, pois, uma atribuição de poderes e, simultaneamente, de encargos, uma vez que, quem recebe a competência para tratar sobre determinado tema, será o responsável por legislar sobre ele e tomar as medidas necessárias no âmbito da administração pública, inclusive a criação e a manutenção de serviços.

Em virtude disso, torna-se necessário que, ao ser realizada a distribuição de competências, sejam distribuídas, na mesma proporção, as fontes de recursos financeiros, com a finalidade de manter o equilíbrio entre encargos e rendas (DALLARI, D. A., 2019).

Se não houver esse equilíbrio, segundo D. A. Dallari (2019), podem ocorrer duas hipóteses: ou a administração não atuará eficientemente e, por conseguinte, necessidades fundamentais da população deixarão de ser atendidas ou receberão um atendimento deficiente; ou o órgão incumbido do serviço pode solicitar recursos financeiros de outra fonte, acarretando uma dependência financeira que pode gerar, por sua vez, uma dependência política.

Nota-se, portanto, o quão relevante se apresenta a questão da correspondência entre a atribuição de competências entre as entidades políticas, que consistem em responsabilidades, as quais se espera que sejam cumpridas de maneira satisfatória, e a destinação de recursos

financeiros suficientes para desenvolvê-las.

A partir de uma análise histórica, afirma-se que uma das maiores preocupações no momento da criação do Estado Federal, no século XVIII, foi a fixação da garantia de recursos financeiros suficientes à União. Isso porque a Confederação norte-americana apenas previa um sistema de quotas e requisições, partindo do pressuposto de que cada confederado deveria contribuir com um montante de dinheiro para atender as necessidades que surgissem eventualmente (DALLARI, D. A., 2019).

Essas necessidades estavam, conforme D. A. Dallari (2019), em sua maioria, relacionadas à guerra, já que a administração interna ficava sob inteira responsabilidade de cada Estado que integrava a Confederação. Porém, a experiência demonstrou que essa sistemática não era a mais adequada, porque nem sempre os Estados contribuíam com a quantia solicitada ou que eles haviam se comprometido em fornecer. Em razão dessas circunstâncias, reconheceu-se à União e aos Estados competência tributária própria.

Sob outra perspectiva, é preciso sobrelevar que os entes parciais necessitam participar da elaboração da vontade geral, o que, normalmente, ocorre por intermédio de uma câmara legislativa denominada Senado Federal (RAMOS, P. R. B., 2011).

Em relação ao federalismo norte-americano, por exemplo, explica P. R. B. Ramos (2011) que os senadores eram escolhidos pelas respectivas assembleias legislativas dos Estados-membros. Entretanto, em razão da emenda constitucional criada no início do século XX, tais políticos começaram a ser eleitos pelos cidadãos dos seus respectivos Estados, de maneira semelhante ao processo de escolha dos deputados.

Nos Estados Unidos, também, o quantitativo de senadores do Senado Federal manteve-se inalterado para todos os Estados-membros, uma vez que a função deles consistia em assegurar a autonomia destas entidades subnacionais perante o poder central (RAMOS, P. R. B., 2011).

Sendo assim, a existência de um Senado Federal é relevante por permitir que os entes subnacionais possam colaborar na formação da vontade nacional, através da escolha de seus próprios representantes, que buscam a defesa dos interesses dos territórios parciais que representam.

Além de todas as características elencadas anteriormente, é necessário que a constituição escrita contenha a previsão de indissolubilidade do vínculo federativo, na medida em que se trata de uma característica da federação e, neste ponto, constitui uma oposição à confederação, pois possui caráter de união eterna (RAMOS, P. R. B., 2011).

Dessa feita, em regra, no Estado Federal, conforme ensina D. A. Dallari (2019), não se

confere aos entes federais a discricionariade de se desvincularem da federação, ou seja, não é reconhecido o direito de secessão.

Essa proibição é justificável, na medida em que foi em decorrência da vontade de constituição de uma aliança sólida e indissolúvel que um Estado federal é criado, sendo evidente, portanto, que se estabeleça a necessidade de que seja prevista uma regra constitucional que proíba os Estados de se retirarem de uma determinada federação que optem por aderir (DALLARI, D. A., 2019).

Com fulcro no processo histórico-político dos Estados Unidos, D. A. Dallari (2019) explica que houve um acerto na escolha pelo federalismo. Para justificar essa afirmação, o autor traz à baila o ocorrido em 1861, no qual onze estados decidiram abandonar a federação, em virtude de uma série de divergências, declarando, de maneira formal, a secessão e, em seguida, constituindo uma Confederação de Estados Americanos.

Porém, em decorrência da existência do vínculo federativo, firmemente estruturado por intermédio de uma Constituição, os demais membros da federação reagiram conjuntamente, através de uma guerra civil, que se estendeu até 1865, e que se encerrou com a derrota daqueles que apoiavam a secessão, consolidando-se a Federação norte-americana (DALLARI, D. A., 2019).

Segundo P. R. B. Ramos (2011), é exatamente pela circunstância de a federação apostar no respeito à diferença, e, por esse motivo, realizar a inserção, no próprio texto constitucional, das competências exclusivas de cada ente federativo, que se afirma ser inadmissível que os Estados que se unam queiram, em momento posterior, se separar.

Dessa feita, não existiria, de acordo com essa lógica, razão para secessão, tanto que fazem uso de um elemento, também considerado essencial nos Estados federais, qual seja, a intervenção federal, isto é, o “afastamento das prerrogativas daquele Estado-membro que resolver desrespeitar as regras do jogo buscando o quebrantamento da federação” (RAMOS, P. R. B., 2011, p. 21).

A intervenção federal é a única possibilidade prevista no âmbito da constituição de um Estado Federal para que o poder central interfira na esfera de autonomia do poder político assegurada aos Estados-membros, no momento em que qualquer um deles resolva superar algum atrito através de um mecanismo diferente que não seja o da arbitragem de um Tribunal Constitucional, peça imprescindível em todos os sistemas que pretendam ser reconhecidos como federativos (RAMOS, P. R. B., 2011).

Nesse sentido, P. R. B. Ramos (2011, p. 22) ensina que o sistema federativo conferiu “essa grande contribuição à humanidade: a solução de controvérsias estatais por meio de um

órgão jurídico reconhecido por todos como capaz de dar a última palavra sobre problemas de competência entre Estados”.

Em suma, é possível afirmar que, para que um Estado seja caracterizado como federal, faz-se necessário que exista uma constituição escrita, na qual estejam previstas, ao menos, duas ordens de poder político. Também é imprescindível que os entes subnacionais sejam dotados de autonomia, possuindo a prerrogativa de participar, de maneira conjunta com o poder central, dos processos decisórios do Estado.

Além disso, deve haver a previsão, no âmbito constitucional, de um Tribunal Constitucional, ao qual seja atribuído o papel de árbitro da federação, capaz de dirimir os possíveis conflitos de interesses que envolvam os entes integrantes do Estado Federal, conforme se verá mais detalhadamente em tópico específico.

1.2.2 Federalismo dual *versus* federalismo cooperativo

Quanto aos tipos de federalismo, a doutrina costuma dividi-lo em federalismo dual e federalismo cooperativo. Assim, inicialmente, o federalismo fundamentou-se em um modelo dualista ou dual, no qual prevalecia uma repartição rigorosa de competências conferidas à União e aos Estados-membros. Cite-se como exemplo clássico de federalismo dual o desenvolvido nos Estados Unidos, que vigorou até a segunda década do século XX.

No caso norte-americano, havia uma divisão do poder entre o Governo de Washington e os Governos estaduais prevista pela Constituição federal, sendo que essas duas esferas de poder eram mutuamente exclusivas e reciprocamente limitadas, cujos integrantes governamentais se encontravam como autoridades situadas no mesmo patamar de igualdade (SCHWARTZ, 1984).

A partir dessa configuração, é possível perceber a diferença marcante do federalismo dualista, qual seja, a tentativa de delimitar áreas de competências bem visíveis, de maneira que os Estados federados pudessem, desde o começo, exercer a sua autonomia adequadamente (BERNARDES, 2008).

A concepção dualista do federalismo americano, conforme Bernardes (2008), não está firmada somente no momento da elaboração da Constituição de 1787, mas também se vincula ao seu enredo histórico e situa-se, principalmente, nas decisões emanadas pela sua Suprema Corte.

Nesse sentido, no âmbito do federalismo dual, afirma Schwartz (1984) que, desde que se mantenham dentro dos limites de atuação do poder determinados constitucionalmente, os

atos do Governo federal e dos Governos estaduais são válidos e não passíveis de contestação perante o Tribunal Constitucional. Porém, se ultrapassarem esse delineamento predisposto, então os seus atos serão *ultra vires* e nulos.

Essa concepção de federalismo firma-se no princípio da competição entre os Estados-membros e a União, pois cada um ocupa determinada esfera de poder, dentro da qual, salvo algumas exceções nas quais há autoridade concorrente, apenas um ou outro tem o poder exclusivo de agir. Assim sendo, o equilíbrio necessário para o funcionamento do sistema federativo é resguardado pela delimitação rigorosa da autoridade federal e estadual (SCHWARTZ, 1984).

Portanto, os entes federativos são considerados oponentes na seara do federalismo dual, na medida em que a constituição federal prevê um rol de competências exclusivas a cada um, razão pela qual tais competências devem estar cuidadosamente demarcadas, com o fim de se manter o bom funcionamento da estrutura federal. Entretanto, é necessário o controle dessa atuação dos entes políticos por um Tribunal Constitucional, para que não sejam extrapolados os limites constitucionais.

Ressalte-se que, nos casos nos quais determinada área sujeita-se à autoridade regulamentadora tanto dos Estados quando do Governo federal, a definição de federalismo dualista demanda que se trace uma linha definindo qual será a esfera na qual a União poderá atuar e qual pertence à jurisdição exclusiva dos Estados-membros (SCHWARTZ, 1984).

No que tange ao federalismo norte-americano, destaque-se, ainda, que, ao reafirmar a possibilidade de demarcação de áreas de competência da União e dos Estados-membros, a Suprema Corte cria a doutrina dos poderes implícitos (*implied powers*), conferindo contornos mais centralizados ao federalismo dualista (BERNARDES, 2008).

Mencione-se, por exemplo, a decisão marcante proferida no caso *McCulloch v. Maryland*, no qual a Corte americana declarou a constitucionalidade da lei federal que criou o segundo Banco dos Estados Unidos e invalidou a lei estadual de Maryland, autorizando a tributação dessa entidade recém-criada (RODRIGUES, 1992).

Nesse caso, segundo Rodrigues (1992), não somente houve a proclamação de um dos princípios fundamentais do federalismo, isto é, do princípio da supremacia nacional, como também se expôs a regra de interpretação liberal dos poderes do governo federal, ou seja, a teoria dos poderes implícitos do Congresso Nacional.

A Corte Suprema americana, conforme Schwartz (1984), ao decidir sobre essa temática no passado, demonstrou seu interesse na manutenção do conceito do federalismo dualista, de acordo com o qual se garantia o equilíbrio entre a nação e o estado, tendo, cada um, delimitada

a sua própria área exclusiva de jurisdição.

No entanto, é preciso dizer que tais decisões, como observa Bernardes (2008), faziam uma leitura do federalismo dual que resultava na restrição das áreas de atuação dos Estados-membros, em que pese deixassem um espaço considerável de atuação nas suas relações de cunho econômico. Consequentemente, isso resultava em uma expansão de competências destinadas aos poderes da União, principalmente, ao Congresso.

Tendo em vista que se tratava de uma época na qual prevalecia os ideais liberais, ambiente propício, portanto, ao desenvolvimento do federalismo dual, percebia-se uma tendência marcadamente centralizadora em direção aos poderes centrais, proveniente da apreciação de conflitos de competência pela Suprema Corte norte-americana, com fundamento em uma interpretação limitada dessa modalidade de estrutura federal, em nome da manutenção de um suposto equilíbrio entre os entes federativos.

Nesse sentido, explica Bernardes (2008) que o federalismo dualista se desenvolveu em um período em que existia uma sociedade de livre comércio, assentada nos pressupostos do *laissez-faire*. Havia, assim, uma espécie de rivalidade entre a União e os Estados-membros, que atuavam, de forma incisiva, na defesa de suas áreas de atuação.

Também, Bercovici (2004) compartilha dessa visão, na medida em que afirma que a separação absoluta de competências do federalismo clássico ou federalismo dualista justifica-se em razão do contexto do Estado liberal, no qual a atuação estatal era relativamente reduzida. Assim, a separação total de competências só foi possível por causa da pouca extensão e relativa simplicidade da intervenção estatal.

Em período posterior, houve modificações contextuais que emergiram a partir de novas demandas da sociedade, impelindo diversas mudanças, inclusive, na formatação do federalismo. Dessa maneira, o federalismo dual já não atendia aos interesses e necessidades sociais, que vivenciava uma nova conjuntura, na qual a participação do Estado era urgente e indispensável.

Nesse cenário, conforme Bernardes (2008, p. 166):

A necessidade de medidas protecionistas para debelar crises implica em uma planificação nacional que requer uma atuação enérgica por parte da União. O governo federal pressionado pelo crescimento industrial, pela sociedade de massas, pela necessidade de otimizar custos e por querer e necessitar expandir mercados, assume um papel central de provedor, assegurado com sua maior entrada de divisas que foi garantida com a definição do imposto de renda na esfera da União.

Sendo assim, não obstante a relevância do federalismo dualista, Schwartz (1984) expõe que ele passou a ser considerado como completamente incoerente com um período de crescente

expansão da autoridade governamental, somente podendo permanecer, de fato, se a doutrina do *laissez faire* fosse mantida inalterada, o que não era o caso.

Dessa maneira, explica Schwartz (1984, p. 207) que:

Se o Estado deve efetivamente executar as inúmeras funções que a opinião pública moderna exigiu que ele efetuasse, só pode fazê-lo pela intervenção nos negócios sociais e econômicos numa escala nacional. A ação governamental limitada ao plano local raramente se pode mostrar eficaz quando os problemas a serem tratados são de âmbito nacional.

Avançou-se, por conseguinte, para um momento no qual os cidadãos passaram a exigir que o Estado desempenhasse inúmeras atividades que antes não eram de sua alçada, principalmente em virtude de questões de ordem econômica, impulsionadas pela crise norte-americana de 1929.

Em relação ao contexto norte-americano, por exemplo, implementou-se a política do *New Deal*, pelo então presidente Franklin Roosevelt, que representava uma oposição à ideologia do *laissez faire*. Consoante assevera Schwartz (1984, p. 208), “o New Deal envolvia um grau de controle governamental por parte de Washington muito maior do que qualquer outro anteriormente tentado no sistema americano”.

A partir de então, observa-se a fixação das bases do federalismo cooperativo nos Estados Unidos, caracterizado por uma intervenção mais expressiva da União no domínio econômico, com a finalidade de assegurar o modelo do Estado de bem-estar social, a partir de uma livre cooperação da União com as entidades subnacionais (RIBEIRO, 2018).

Dessa maneira, na mesma linha de compreensão, Rodrigues (1992) considera o federalismo como um conceito dinâmico e não estático e que os delineamentos das atividades da União e dos Estados são substancialmente móveis e flexíveis, resultando em uma nova concepção, qual seja, a do federalismo cooperativo.

O federalismo cooperativo consiste, pois, em um modelo no qual os entes federativos precisam atuar de maneira conjunta para a obtenção de resultados mais satisfatórios e condizentes com a consecução do bem comum de uma determinada sociedade abrigada sobre o desenho federal.

De acordo com Bernardes (2008), a incapacidade de os Estados-membros conseguirem concretizar as exigências surgidas a todo momento contribuiu para o enfraquecimento do federalismo dual, resultando em uma maior colaboração entre a União e aqueles entes, ensejando, pois, a formação e fortalecimento do federalismo cooperativo americano, que serviu de inspiração para a sua implementação em outros países.

Nesse novo cenário, importa ressaltar que os poderes federais foram estimulados para

que pudessem atuar como autoridade reguladora, desempenhando um papel fundamental na condução das medidas então adotadas (BERNARDES, 2008).

A relação entre federalismo, de maneira geral, e cooperação, consoante Horta (2010), manifesta-se na etimologia da própria palavra federal, que deriva de *foedus* (pacto, ajuste, convenção, tratado), e ingressa na estruturação de laços de amizade, ou seja, *foedus amicitiae*. O federalismo mais recente estaria, portanto, vinculado à ideia de cooperação.

No caso do federalismo cooperativo norte-americano, este estaria expresso, por exemplo, nas técnicas da legislação recíproca (*reciprocal legislation*), segundo as quais dois ou mais Estados combinam concessões recíprocas; a legislação uniforme (*uniform legislation*), relacionada à disciplina de matéria de interesse comum; e a legislação paralela (*parallel legislation*), que ocorre quando dois ou mais Estados promulgam, de maneira simultânea, uma lei idêntica, com o mesmo fim e mesmo conteúdo (HORTA, 2010).

Destaque-se, por outro lado, que a Suprema Corte americana colaborou, decisivamente, para essa mudança de rota na modelação do federalismo dos Estados Unidos. Isso ocorreu por intermédio da revisão de suas diretrizes, conforme Bernardes (2008), a partir do momento em que conferiu aval ao desempenho das ações do governo federal responsáveis pela promoção do controle das atividades econômicas.

Foi em um momento de intensas modificações, portanto, que o federalismo cooperativo se desenvolveu e enfrentou duas Guerras Mundiais, que exigiram um enorme esforço conjunto para desempenhar as ações conjunturais necessárias para a superação dos desafios econômicos e sociais postos (BERNARDES, 2008).

Consoante Bernardes (2008) observa, a atenuação dos efeitos das grandes Guerras incentiva a implementação de uma política macroeconômica, a qual somente poderia ser realizada com um determinado grau de centralismo.

Não obstante isso, evidencia-se a exigência de atuações conjuntas, que demonstram o perfil do federalismo cooperativo e a recepção de relações intergovernamentais. Nesse cenário, de acordo com Bernardes (2008, p. 167), “a realização de tarefas é uma função que deve ser assumida em conjunto, afastando suas relações inicialmente estabelecidas de atuações sectárias do federalismo dualista”.

Dessa maneira, o federalismo cooperativo foi forjado para o atendimento de novos anseios sociais e econômicos, que exigiram uma atuação mais colaborativa de todas as entidades da federação, relegando ao passado o federalismo dual, que passou a se mostrar pouco efetivo para o enfrentamento de tais questões que então passaram a emergir na sociedade.

1.3 O federalismo brasileiro

Neste tópico, será abordada a trajetória de formação e desenvolvimento do federalismo no território brasileiro, alertando-se, desde já, que essa análise não pretende ser, de forma alguma, exaustiva, já que há várias nuances relacionadas a esse passado histórico concernente à experiência federal.

De acordo com Abrucio (1998), um dos dilemas inerentes à formação e ao desenvolvimento do Estado nacional no Brasil foi a questão da centralização *versus* a descentralização de poder.

Sendo assim, afirma-se que a noção de federação, no Brasil, teve suas origens na história política do Império. Nesse viés, a própria estrutura territorial exigia o estabelecimento do princípio federativo (descentralização político-administrativa), em razão da ocorrência de diversas naturezas, principalmente as de origem geográfica, história e ideológica (CÂMARA, 1981).

No que diz respeito às questões de ordem geográfica, seria consenso que as dimensões continentais do Brasil propiciaram a implementação do modelo federativo. Conforme Câmara (1981, p. 35), “a enormidade do território, as variações climáticas e a diferenciação dos grupos étnicos distribuídos em espaços distintos, [...] tornaram a descentralização política um imperativo indeclinável”.

Por sua vez, as questões de natureza histórica também se mostraram relevantes, uma vez que já existia um processo de descentralização desde o período colonial, no qual foram instaurados os primeiros sistemas administrativos por Portugal, tais como as feitorias, as capitanias hereditárias e as governadorias-gerais (CÂMARA, 1981).

Dessa feita, essas instituições coloniais contribuíram, de maneira expressiva, para o posterior desenrolar do projeto federalista em território brasileiro, em virtude da descentralização político-territorial.

Por fim, as questões de ordem ideológica, caracterizadas pela influência de dois importantes eventos que marcaram o século XVIII, que foram a Independência dos Estados Unidos, em 1776, e a Revolução Francesa, em 1789. Essas concepções revolucionárias foram assimiladas pelo Brasil e o movimento federalista evidenciou a utilização dos ideais delas provenientes (CÂMARA, 1981).

Dito isso, ingressar-se-á, a partir de agora, na análise das Constituições brasileiras, de maneira que sejam identificadas as principais características relacionadas ao desenvolvimento do federalismo em território pátrio.

A Constituição de 1824, em sua redação original, adotou a forma de Estado unitária, e a monarquia hereditária, constitucional e representativa, não obstante o debate, no decorrer da Assembleia Constituinte de 1823, acerca da possibilidade de adoção do tipo federal de Estado (CÂMARA, 1981).

Em 1831, houve a elaboração de um projeto de emenda constitucional, o qual previa, em seu artigo primeiro, a declaração de que o governo imperial do Brasil seria uma monarquia federativa. Porém, após a finalização de sua tramitação e posterior aprovação, em 1834, recebendo a designação de Ato Adicional, acabou deixando de fora a expressão monarquia constitucional (DOLHNIKOFF, 2005).

Apesar disso, ressalte-se que esse Ato Adicional continha inúmeras outras disposições, a exemplo da divisão constitucional das competências legislativa, tributária e coercitiva entre o centro e as províncias, de maneira que estas usufruíam de efetiva autonomia, e que, essencialmente, eram a manifestação de elementos centrais de um típico modelo federativo e que foram mantidos em seu texto final, conforme assevera Dolhnikoff (2005).

Isso está expresso, ademais, no discurso político da época, o qual, frequentemente, defendia o federalismo, considerando-o como o caminho viável para a estruturação do Estado, fazendo referência explícita ao modelo norte-americano, consolidado no século XIX e que se encontrava no cerne dos debates e da organização de outros Estados da América do Sul (DOLHNIKOFF, 2005).

De qualquer maneira, em que pese o fato de que a organização institucional do Brasil no século XIX não tenha atendido a todos os requisitos do modelo federal, o importante é que alguns elementos essenciais se fizeram presentes e foram condição para a unidade do país, tendo em vista que foram o meio encontrado para incorporar as elites provinciais ao novo Estado, elites essas que passaram a deter poder decisivo na condução do Estado brasileiro e que podiam, até mesmo, optar pela separação (DOLHNIKOFF, 2005).

Entretanto, o Estado construído naquele momento não possuía um aparelho burocrático e administrativo capaz de impor sua hegemonia em todo o território da América portuguesa. Havia dificuldades de comunicação e de transporte, escassez de funcionários, o que impedia uma maior centralização, de acordo com Dolhnikoff (2005).

Assim, a criação de governos autônomos nas províncias significava a organização de um arranjo administrativo local, que deveria ser utilizado como um prolongamento do Poder Central, caracterizado, naquele momento, como uma condição estrutural para a permanência deste (DOLHNIKOFF, 2005).

Esse desenho político-administrativo acabou resultando em um fortalecimento dos

grupos provinciais, que demandavam cada vez mais autonomia e que participaram, sobremaneira, da dinâmica política relativa à formação do Estado brasileiro. Por outro lado, houve um aumento das diferenças regionais, principalmente pela ausência de uma política nacional que visasse a sua correção através de investimentos do governo central (DOLHNIKOFF, 2005).

O unitarismo permaneceu enquanto houve identificação do poder econômico com o poder político, além da ausência de grandes conflitos dirigentes. No entanto, com o deslocamento do centro dinâmico da economia após 1850, o desequilíbrio criado entre o poder econômico e o poder político deu novo vigor à aspiração federalista (BERCOVICI, 2004).

Diante, pois, da alteração do cenário econômico, que passou a ser desenvolvido em outros Estados, principalmente em São Paulo, houve uma pressão cada vez mais crescente por parte das elites locais, até então excluídas do exercício do poder político, para o estabelecimento de uma estrutura federativa, na qual seria possível a defesa de seus interesses políticos e econômicos de maneira mais significativa.

No caso paulista, a defesa do republicanismo com federalismo tinha como principal fundamento a vontade de aumentar seus recursos: os republicanos defendiam uma redistribuição das rendas para que São Paulo pudesse financiar os custos de sua economia em expansão, baseada no café (BERCOVICI, 2004).

Com isso, gradativamente, o governo imperial se desgastou, não somente pela demonstração de força das elites locais, mas também em razão da questão da escravidão, o que resultou em uma progressiva convergência para o federalismo, por ser considerado uma forma mais eficiente de Estado, tanto pelos partidos liberais, que o defendiam, quanto pelos partidos republicanos (MARRAFON, 2014).

Percebe-se, pois, que o federalismo brasileiro emergiu, em grande parte, da insatisfação das províncias perante a centralização imperial, tanto em termos políticos quanto financeiros. Havia, assim, uma luta em prol da descentralização (ABRUCIO, 1998).

Diante dessa busca para o estabelecimento de um modelo federal no Brasil, afirma-se que este teria sido implementado, originalmente, apenas a partir da elaboração da Constituição de 1891. Porém, há relatos no sentido de que houve outro documento anterior a esta Carta Constitucional, que previu a forma federal de Estado, qual seja, o Decreto n.º 1, de 15 de novembro de 1889.

No supracitado documento, houve menção não somente à federação como também à república, que eram a representação, segundo Câmara (1981), de um antigo desejo de muitos brasileiros, que enxergavam no regime federativo e republicano uma espécie de solução para

resolver os antagonismos existentes no regime monárquico.

Posteriormente, a Constituição de 1891 também consignou em seu texto a ordem republicana e a estrutura federativa, “rompendo-se com a tradição do unitarismo imperial” (ABRUCIO, 1998, p. 32).

Dessa maneira, a Proclamação da República e a promulgação da Carta de 1891 ensejaram a criação de um sistema presidencialista de governo, um parlamento bicameral, a previsão de repartição horizontal em três poderes (Judiciário, Executivo e Legislativo independentes), o fim do Poder Moderador, assim como uma forte descentralização e autonomia dos Estados (MARRAFON, 2014).

Contudo, ressalte-se que, na visão de Dolhnikoff (2005), as novidades republicanas, em geral, ampliaram a autonomia dos Estados, porém consistiram muito mais em um rearranjo do que uma fundação do federalismo brasileiro propriamente dito.

A partir desse período, o ideal da descentralização foi institucionalizado, conferindo-se, de acordo com Câmara (1981), uma exacerbada autonomia aos Estados-membros, que se sobreponha ao mínimo de cooperação entre os dois níveis governamentais.

Tratava-se, dessa feita, da fase do federalismo dual vivenciada na experiência brasileira, no qual prevalecia a ideia de que a União e os Estados-membros não fossem capazes de manter relações de proximidade uns com os outros (CÂMARA, 1981).

Como já explicitado, no federalismo dual prepondera a concepção segundo a qual as competências dos entes federativos possuem contornos bem definidos na constituição federal e há uma espécie de competição entre o poder central e os poderes regionais.

No que tange ao Brasil, portanto, a Constituição de 1891 buscou o fortalecimento dos Estados-membros, como forma de compensar o fato de que, na fase imperial, as províncias, salvo algumas exceções, detinham pouca ou nenhuma influência política no processo decisório de abrangência nacional.

Vejam-se os ensinamentos de Marrafon (2014, p. 104) em relação à nova Constituição republicana:

[...] se nos traços estruturais era similar à Constituição dos EUA, é preciso notar que, diferentemente do processo americano, em que houve a união dos Estados-membros num movimento centrípeto, no Brasil houve o processo inverso, com a União cedendo autonomia nos campos legislativo, administrativo e orçamentário, em uma direção centrífuga.

Contudo, quando essa tendência centrífuga alcançou o seu ápice, houve não apenas o afastamento da concepção de centralização, mas também a de mera cooperação entre o ente

central e os regionais (CÂMARA, 1981).

Assim, por exemplo, cite-se o artigo 5º da Constituição de 1891, segundo o qual competia a cada Estado a provisão, a expensas próprias, das necessidades de seu governo e administração, cabendo à União somente a prestação de auxílio ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitasse (BRASIL, 1891).

Ocorre que era praticamente inviável que os Estados-membros obtivessem seu próprio sustento. Assim, muitos deles passaram a invocar o disposto no artigo 5º da Constituição de 1891 ou então buscavam empréstimos financeiros perante o mercado internacional, provocando expressivo endividamento das entidades subnacionais (CÂMARA, 1981).

O resultado desse sistema foi a manutenção de desigualdades entre os diversos membros da Federação. Os três Estados economicamente mais fortes, quais sejam, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul dominavam a República. Não foi coincidência o fato de terem sido os únicos que não sofreram qualquer intervenção federal até 1930. Todos os demais dependiam diretamente da União que, por sua vez, era dominada pelas alianças forjadas entre os três Estados (BERCOVICI, 2004).

De acordo com Bercovici (2004), os Municípios não dispunham de grandes recursos para a implementação das políticas necessárias ao bem-estar de sua população e ao seu desenvolvimento, uma vez que praticamente todos dependiam financeiramente do Governo Estadual, que somente liberava verbas para aqueles administrados por aliados.

Diante dessa conjuntura, portanto, assevera-se que, se o arranjo federalista triunfante em 1891 possuiu nítida feição liberal, inspirado fortemente no modelo dualista/estadualista norte-americano, suas consequências insatisfatórias, em grande medida decorrentes das condições históricas e sociológicas do país nesse período, bem como das sucessivas crises que se seguiram, induziram a uma espécie de “pêndulo” para o paradigma centralista-hierarquizador depois da Revolução de 1930 e das Constituições que caracterizaram a primeira Era Vargas (MARRAFON, 2014).

Nesse contexto, os choques entre as oligarquias estaduais e a cisão nas Forças Armadas, aliadas à forte crise econômica iniciada com a quebra da Bolsa de Nova Iorque, em 1929, provocaram, através da Revolução de 3 de outubro de 1930, a queda do regime da Constituição de 1891 (BERCOVICI, 2004).

A Assembleia Constituinte foi instalada em 15 de novembro de 1933, havendo um consenso no sentido da manutenção do federalismo, não sendo apresentada nenhuma proposta abertamente unitarista (BERCOVICI, 2004).

Assim, foi aprovada a Constituição de 1934, na qual, segundo Câmara (1981), houve a

institucionalização do denominado federalismo cooperativo, bem como a ampliação dos poderes da União federal, sem que houvesse a extinção da autonomia dos Estados-membros.

Dessa maneira, favoreceu-se a evolução do federalismo brasileiro, uma vez que o modelo dual, cujas competências mostraram-se evidentemente delimitadas, cedeu espaço a um modelo cooperativista, caracterizado pela possibilidade de se forjar uma política com viés eminentemente colaborativo, principalmente no que dizia respeito à distribuição, entre a União, os Estados e os Municípios, dos valores arrecadados com os impostos (CÂMARA, 1981).

Câmara (1981) conduz ao entendimento de que a Constituição de 1934 desfavoreceu o federalismo dualista no Brasil, e o declínio deste coincidiu com o aumento dos problemas relacionados ao desenvolvimento do país.

Nesse contexto, o ente central não poderia mais se eximir dos assuntos relativos às entidades subnacionais, que dependiam do incentivo federal, principalmente no que concerne ao aspecto financeiro, para que pudessem ver supridas as necessidades de sua população e, dessa forma, alcançar o bem comum e o progresso em todo o território nacional.

Contudo, há quem entenda que, embora seja possível identificar a presença de estruturas federativas cooperativas na Carta de 1934, a sua breve vigência não possibilitou que elas fossem operacionais (MARRAFON, 2014).

Dessa feita, apesar da existência de movimentos pendulares, considera-se que o grau de centralização da Federação brasileira foi excessivamente alto, em especial depois da Revolução de 1930, embora tenha havido algum nível de descentralização no decorrer da Constituição de 1946 (LIZIERO; CARVALHO, 2018).

Como exemplo, mencione-se a Constituição de 1937, outorgada em 10 de novembro de 1937 e de viés extremamente autoritário, no qual se instaurou um federalismo exclusivamente nominal, com um extenso domínio político e institucional do Poder Executivo da União (MARRAFON, 2014).

Nesse período, todos os Estados foram alvo de intervenção federal, cabendo aos interventores a nomeação dos Prefeitos de todos os Municípios. Os interventores serviam como interligação entre os Estados, Ministérios e o Presidente da República, e só se mantinham no cargo caso dispusessem da confiança total do então Presidente Getúlio Vargas (BERCOVICI, 2004).

Por sua vez, a Constituição de 1946 representou uma mudança de direção rumo à descentralização, através do resgate de alguns ideais liberal-federalistas, entre eles, a confirmação do princípio federativo; o estabelecimento de competências da União, mas com o retorno de competências residuais dos Estados-membros, reforçando as suas autonomias; a

manutenção de um sistema de competências concorrentes; e a previsão de transferência de receitas da União para os Estados, vinculando-as (MARRAFON, 2014).

Destaque-se que, segundo Marrafon (2014), quando os textos constitucionais de 1937 e de 1946 são objeto de comparação, observa-se, quando da elaboração desta última carta constitucional, houve um resgate muito mais de uma perspectiva material do que nominal, na medida em que muitos de seus dispositivos também constavam na Carta de 1937, mesmo que sem eficácia.

E, outra vez, com a elaboração das Cartas de 1967 e de 1969 (esta última oriunda da Emenda Constitucional n.º 1), o pêndulo movimentou-se em direção à centralização, evidenciada em seus textos, tendo atingido, segundo os estudiosos, o seu grau mais elevado.

Nesse sentido, Ferreira Filho (1982) declara que o federalismo teria permanecido na Constituição de 1967, apesar de alguns questionarem se isso não teria acontecido somente de forma nominal.

Como meio de minimizar a total falta de autonomia dos entes federados, criaram-se eufemismos, a exemplo do federalismo de integração, cuja elaboração teórica é de Alfredo Buzaid, então Ministro da Justiça do General Médici, que considerava o desenvolvimento e a segurança nacional como fundamentos do novo federalismo. Dessa maneira, sob o argumento da integração nacional, todos os instrumentos de promoção do desenvolvimento econômico deveriam ser centralizados na esfera da União (BERCOVICI, 2004).

Nesse sentido, segundo Bercovici (2004), o federalismo de integração iria além do federalismo cooperativo, atribuindo à União os poderes necessários para comandar a política nacional, evitar conflitos com as unidades federadas e promover o desenvolvimento econômico com o máximo de segurança coletiva.

Assim, verifica-se que o denominado federalismo de integração foi um exemplo do viés marcadamente centralizador que prevaleceu durante a vigência do regime militar, no qual à União foram atribuídos poderes que ultrapassavam a esfera de coordenação dos demais entes subnacionais no âmbito da consecução dos objetivos nacionais.

Ao final desse período, o anseio social pela democracia, evidenciado, principalmente, pela defesa por parte de vários segmentos sociais de eleições diretas para a escolha do Chefe do Poder Executivo Federal, resultou na alteração do aparato político-institucional vigente (PEREIRA, 2010).

Esse aspecto culminou em importantes reflexos na reestruturação dos elementos federativos constitutivos do Estado brasileiro, uma vez que as exigências de bem-estar social, conjugadas à necessidade de incentivo à democracia em diversas esferas de competência,

induziram a um arranjo consideravelmente peculiar (MARRAFON, 2014).

Nessas circunstâncias, a redemocratização constituiu como uma das suas principais bandeiras a restauração do federalismo e da descentralização, por intermédio da elaboração de uma nova constituição (SOUZA, 2005).

Por essas razões, explica Souza (2005) que os constituintes receberam diversos incentivos para desenhar uma federação na qual o poder governamental fosse descentralizado, e, também, em que diversos níveis de poder, não obstante fossem assimétricos, tornassem-se legitimados para participar do processo decisório.

Nesse contexto, quanto à Constituição de 1988, Marrafon (2014) informa que o poder constituinte de 1987/1988 procurou a conciliação de dois assuntos significativos do Estado de Direito, quais sejam a preservação da dimensão liberal-formal relacionada à limitação do poder estatal e aos direitos fundamentais individuais com a agenda de maior igualdade material e efetivação dos direitos sociais, de natureza prestacional, que se referem, tipicamente, ao Estado Social e Democrático de Direito.

Havia, pois, naquele momento, uma notória tendência à constitucionalização de diversos assuntos, que significava uma reação ao regime político precedente, resultando em uma Constituição que não somente regulou princípios, regras e direitos (individuais, coletivos e sociais), como também previu um extenso leque de políticas públicas (SOUZA, 2005).

Destaque-se, também que, conforme Marrafon (2014), se, por um lado, foi mantida significativa abrangência das competências da União, por outro, conferiu-se maior autonomia aos Estados e elevou-se o Município ao *status* de ente federativo, também dotado de auto-organização, autoadministração e autonomia legislativa na sua esfera de competência.

Diferentemente, portanto, de muitas federações, no Brasil construiu-se, a partir da Constituição Federal de 1988, o federalismo de acordo com um sistema de três níveis, ou seja, um triplo federalismo, na medida em que incorporou os municípios, juntamente com os Estados, como partes componentes da federação, reverberando uma extensa tradição de autonomia municipal e de controle insuficiente dos Estados sobre os assuntos locais (SOUZA, 2005).

Como meio de garantir a autonomia dos entes federativos, a Carta Constitucional de 1988 previu um sistema de repartição de competências, visando a viabilização do exercício e o desenvolvimento das atividades dos entes políticos, de acordo com o estabelecido nas normas constitucionais.

Assim, houve a elaboração de normas que combinam competências exclusivas, privativas e principiológicas com competências comuns e concorrentes, com o objetivo de reconstruir o sistema federativo, de acordo com os critérios de equilíbrio provenientes pela

experiência histórica (SILVA, 2017).

Observe-se que, em relação às competências comuns, Bercovici (2004) afirma que elas são expressão do federalismo cooperativo, uma vez que a Carta Magna de 1988 elenca uma série de matérias cuja competência é compartilhada entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

De acordo com Bercovici (2004), o federalismo cooperativo justifica-se pelo fato de que, em um Estado intervencionista e voltado para a implementação de políticas públicas, como o que foi estruturado por meio da Constituição de 1988, os entes subnacionais não têm mais como analisar e decidir, originariamente, sobre diversos setores da atuação estatal, que demandam um tratamento uniforme em escala nacional.

Isso ocorre, principalmente, quando se trata de setores econômico e social, os quais exigem uma unidade de planejamento e direção. Dessa forma, o Estado Social não se contradiz com o Estado federal, mas sim influencia, decisivamente, no desenvolvimento do federalismo atual, sendo o federalismo cooperativo considerado o mais adequado à estrutura do Estado Social (BERCOVICI, 2004).

Dessa maneira, a Constituição Federal de 1988 reflete inúmeras mudanças almejadas pela sociedade, que foram consignadas, de maneira expressa e exaustiva, pelo legislador constituinte originário.

Em se tratando especificamente do federalismo, este foi, mais uma vez, modificado, como forma de adaptação à nova realidade apresentada, conferindo maior autonomia aos entes federativos, para que estes possam exercer suas atribuições sem a ingerência indevida dos outros integrantes da federação, mas tratou de explicitar quais assuntos devem ser tratados de forma colaborativa, privilegiando, nesses casos, o federalismo cooperativo.

Após esta exposição sobre diversos aspectos concernentes ao federalismo, a partir do próximo tópico, tratar-se-á sobre o direito à saúde e sua relação com o federalismo sanitário no Brasil.

2 DIREITO À SAÚDE E FEDERALISMO SANITÁRIO NO BRASIL

Neste capítulo, ingressar-se-á em uma nova temática, qual seja o direito à saúde, abordando-se a sua inserção na história, os seus conceitos, o seu desenvolvimento na ordem jurídica brasileira, bem como a construção do Sistema Único de Saúde e do federalismo cooperativo sanitário no Brasil.

2.1 Direito à saúde: aspectos históricos e conceituais

Inicialmente, importa ressaltar que há diversas necessidades apontadas como inerentes à existência do ser humano, a exemplo da saúde, mas a expressão delas tem oscilado de acordo com a consciência individual decorrente da organização social historicamente prevalecente em um dado momento. Sendo assim, discorrer-se-á acerca dos aspectos históricos, conceituais e normativos concernentes especificamente ao direito à saúde, objeto de estudo neste capítulo, em busca de uma melhor compreensão acerca do tema.

2.1.1 Breve histórico do direito à saúde

Para se tratar sobre a história do direito à saúde não há necessidade, segundo Añón (2009), de que se avance muito no tempo. O autor explica que, no modelo de proteção da saúde existente no Estado liberal europeu do século XIX, a proteção da saúde das pessoas era negligenciada por parte do ente estatal.

Nessa época, o Estado só atendia, globalmente, a saúde pública, quanto às questões de saneamento, epidemias etc., enquanto os indivíduos que necessitavam de cuidados médicos apenas os acessavam se pudessem pagar por eles, o que resultou na virtual exclusão da maioria da população do atendimento médico ou de uma atenção minimamente completa (AÑÓN, 2009).

Assim, as únicas medidas gerais de proteção observadas eram as de beneficência, quer oriundas do Estado, quer advindas de entes privados. Quanto à aristocracia e à população de mais alta renda, estes eram cuidados por médicos particulares (AÑÓN, 2009; ROA, CANTÓN, FERREIRA, 2016).

Por outro lado, a população em geral, principalmente os habitantes de áreas rurais, eram assistidos por meio da aplicação do saber acumulado pela comunidade local ou eram atendidas por hospitais criados, principalmente, por organizações religiosas católicas (ROA; CANTÓN;

FERREIRA, 2016).

Esse cenário começou a ser alterado a partir da implementação do sistema econômico capitalista, no qual parte da população que formava a mão-de-obra necessária para o desenvolvimento das atividades econômicas não poderia ficar desassistida em relação a sua saúde, sob pena de comprometer os retornos financeiros esperados.

Conforme explica Añón (2009), as condições insalubres de vida e de trabalho decorrentes da urbanização da população em virtude da revolução industrial provocaram graves problemas de saúde e tornaram essa temática parte relevante do que ele denomina de questão social, que não podia ser ignorada.

Diante dessa necessidade, deu-se início à formação de sistemas de proteção social, que propiciavam alguma cobertura para proteção à saúde, aos quais, inicialmente, alcançavam apenas pequena parcela dos indivíduos de um determinado território, e só depois, diante das desigualdades constatadas, evoluíram para estender a sua abrangência.

Assim, no fim do século XIX, por exemplo, na Alemanha, um novo sistema começou a ser aplicado, denominado de modelo Bismark, por meio do qual, ainda que de maneira embrionária, conforme Añón (2009), foram estabelecidos os fundamentos de um modelo de seguridade social, no qual os trabalhadores contribuiriam, obrigatoriamente, com parte de seu salário, para constituir um fundo de seguro que prestaria cuidados a eles e a suas famílias.

Contudo, esse modelo foi alvo de muitas críticas, porque provocava muitas iniquidades, uma vez que os benefícios eram diferenciados por categorias profissionais, a depender da sua relevância na economia, além de deixar de fora do sistema as pessoas que se encontravam excluídas do mercado formal de trabalho (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Para contornar essa situação, foram desenvolvidos outros sistemas de proteção social no século XX, com o objetivo de diminuir as diferenças sociais provocadas pelo livre funcionamento do mercado, principalmente as decorrentes de diferenças salariais, renda e consumo (VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V., 2008).

Emerge, então, no âmbito do Estado de bem-estar social, após a pós-Segunda Guerra, o modelo de Sistema Nacional de Saúde ou modelo de Beveridge, que recebeu essa denominação após o relatório Beveridge, de 1942, cuja principal característica diz respeito à universalização do direito à assistência sanitária, por meio da qual se reconhece que são titulares todos os habitantes do país (AÑÓN, 2009).

Observa-se que essa modalidade de proteção social do tipo seguridade social inspira-se em princípios de justiça social e concretiza-se, portanto, em sistemas universais de saúde, denominados de sistemas nacionais de saúde, a exemplo do sistema inglês *National Health*

Service (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O financiamento desse sistema ocorre através de orçamentos gerais, via impostos, e, geralmente, o fornecimento dos serviços é precipuamente público, através de dispositivos assistenciais inerentes a ele e a prestação de serviços é gratuita no momento da sua utilização (AÑÓN, 2009).

Dessa feita, esse período ficou conhecido como *Welfare State*, no qual houve a universalização da cobertura para o conjunto populacional e a ampliação do próprio conceito de proteção para além da assistência à saúde e das rendas de substituição oriundas da velhice, da doença e da invalidez (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

Assim, importa asseverar que, conforme Añón (2009), um dos principais aspectos das políticas do Estado de bem-estar social foi a participação do Estado na promoção e proteção da saúde da população, por intermédio da ampliação dos sistemas públicos de saúde e através do progressivo reconhecimento e positivação de um direito à saúde.

A política de saúde foi inserida, então, de maneira marcante, no movimento de subtração do acesso aos bens e serviços de saúde da esfera mercantil, no momento em que a responsabilidade pela saúde da população começou a ser responsabilidade de todos, coletiva e um direito do cidadão (VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V., 2008).

Outra questão em debate ao se analisar o direito à saúde diz respeito ao fato de ser ele pertencente aos direitos de primeira geração ou de segunda geração.

Nesse viés, indaga-se se o direito à saúde nasceu no século XIX, como extensão dos direitos de primeira dimensão, ou seja, dos direitos negativos do cidadão, que visavam a limitação da arbitrariedade do poder estatal, como uma espécie de cidadania da saúde para proteção contra o ataque das doenças epidêmicas, ou se ele pertence aos direitos de segunda dimensão, ou seja, direitos sociais, para cuja aplicação exige-se a atuação do poder público, que deverá intervir através de ações positivas, ao invés de sua abstenção (BERLINGUER, 2004).

Tendo em vista essa discussão, compreende-se, neste trabalho, que o direito à saúde melhor se adequa à segunda dimensão de direitos fundamentais, que exige do Estado providências no sentido de adotar políticas públicas para a sua efetivação.

Foi no âmbito desse debate que a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada. Aduz Berlinguer (2004) que as instituições que a precederam surgiram, essencialmente, para defender o Norte rico do mundo das doenças importadas dos países pobres do Leste e do Sul.

Por sua vez, a proposta de criação não mais de um escritório, mas de uma organização mundial, adveio do Brasil e da China, e não de países desenvolvidos, com o fim de impulsionar uma ação global e com o argumento de que as armas da ciência não podem ser patrimônio

somente de países desenvolvidos (BERLINGUER, 2004).

Destaca-se que, no momento da criação da OMS, tinha-se consciência da relevância das relações entre a saúde e a paz, como ensina Añón (2009), tendo em vista as consequências terríveis advindas da Segunda Guerra Mundial.

Assim, era comum, naquele período, uma forte ideia segundo a qual a saúde seria uma condição que precede a paz, que se tornou urgente pelas consequências da guerra em relação a doenças, fome e sofrimento das populações deslocadas, e para a qual forneceu um suporte ainda maior a ideia de que existiam novas possibilidades de transformar em direito a necessidade à saúde.

Nesse sentido, a saúde foi transmutada para direito. Nas palavras de Berlinguer (2004, p. 187), “se convirtió en tal, como proclamación y frecuentemente como realidad, en el clima de esperanzas y de fervores que vino después del término de la segunda guerra mundial”.

A organização foi denominada de mundial, ao invés de internacional, para sinalizar de que ela não era apenas o resultado de um convênio entre estados, mas sobretudo, uma exigência dos povos, e teve como objetivo a saúde, não somente as atividades sanitárias em sentido estrito (BERLINGUER, 2004).

Nas palavras de Berlinguer (2004, p. 189), “se puso el acento en el compromiso global y se subrayó que el mejoramiento de la salud no depende solamente de la medicina”, devendo-se colocar em ação todos os fatores de melhoramento físico e psíquico, tanto dos indivíduos quanto dos povos, como previsto no estatuto da OMS.

Diante desse sintético panorama acerca da evolução histórica do direito à saúde, adentrar-se-á, a seguir, na discussão sobre os conceitos de direito à saúde, que se trata de tema árduo, já que não há uniformidade de entendimentos a seu respeito.

2.1.2 Conceituação do direito à saúde

Inicialmente, importa dizer que a questão da saúde perpassa sua própria conceituação, uma vez que inexiste consenso nesse aspecto. Compreende-se, conforme E. M. B. Ramos (2012), que a perspectiva de saúde a ser adotada sofre decisiva influência, a depender de qual formulação está sendo analisada, tendo em vista que cada uma delas possui alcance e significado diferentes.

Encontrar uma definição de saúde, de acordo com Currea-Lugo (2005), corresponde a uma necessidade jurídica, já que se trata de estabelecer os contornos desse bem jurídico que se pretende proteger.

A quantidade excessiva de definições de saúde transforma o debate sobre o direito à saúde algo complexo na própria definição do bem jurídico a ser protegido, especialmente quando esse bem é compreendido com o conteúdo cada vez mais vago, por causa de uma aparente tolerância (CURREA-LUGO, 2005).

Alguns autores, consoante aduz Currea-Lugo (2005), apresentam uma definição de saúde como um direito que beira a impossibilidade jurídica, uma vez que eles propõem a extensão do direito sem definição de qualquer limite (a saúde como um todo), por exemplo, argumentando que saúde seria uma forma de viver livre, feliz e solidária.

Assim, a saúde compreendida, nesse sentido, incluiria a moradia, a educação, o trabalho, como se fosse um macro-direito que contém todos os demais, resultando na conclusão de que o direito à saúde seria igual à Declaração Universal de Direitos Humanos. Acrescente-se a isso o aumento da tendência a considerar-se que os problemas da vida são problemas médicos. Então, se saúde é tudo, toda situação adversa ou não desejada é enfermidade (CURREA-LUGO, 2005).

Outra definição existente, de acordo com Currea-Lugo (2005), diz respeito à saúde como um fragmento. Nesta concepção, enxerga-se o direito à saúde por meio de uma de suas variáveis, o que em si não é ruim, mas isso implica o risco de esvaziar o próprio conceito de saúde, visto que parece que a saúde se reduz e se explica apenas pelo adjetivo que a acompanha, como, por exemplo, saúde reprodutiva.

Outro grupo de autores defende a relativização cultural da saúde, ao ponto de tornar impossível uma definição universal. Quer dizer, existiriam tantas definições de saúde quantas forem as culturas, sendo que todas elas seriam consideradas igualmente verdadeiras e, por conseguinte, a universalidade do bem jurídico constituiria algo inalcançável. Nos dizeres de Currea-Lugo (2005, p. 32), “la salud, como la luna de los poetas, está contaminada de metáforas, cosa que se les permiten a aquellos pero no a los astrónomos”.

Além dessas concepções, afirma-se que já existiram correntes de pensamento que conceituavam a saúde no sentido da ausência de doenças, tal como a elaborada pelo filósofo francês do início do século XVII, René Descartes, que acreditava que o corpo humano era uma máquina e que, por isso, seria ser possível descobrir a causa da preservação da saúde (DALLARI, S. G., 1988).

Seguindo-se essa linha evolutiva, o século XIX corroborou o caráter mecanicista da doença. Ao abrigo da predominância da máquina, a sociedade industrial buscou justificar a doença como sendo “o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado” (DALLARI, S. G., 1988, p. 58).

É importante dizer que o meio social do final do século XIX e da primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, teria contribuído para o debate em torno de duas grandes correntes que procuravam definir a saúde.

Nesse cenário, segundo S. G. Dallari (1988), existiam grupos que estavam à margem do processo de produção e que se encontravam em condições de vida deploráveis, o que acabava influenciando no entendimento da saúde como algo diretamente dependente de variáveis ligadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Exemplificando, o número de casos de tuberculose era muito maior em camadas sociais com renda menor.

Por sua vez, com a descoberta dos germes provocadores de doença e seu posterior isolamento, permitiu-se que houvesse o desenvolvimento de remédios específicos, passando-se a se falar em uma definição de saúde como sinônimo de ausência de doenças. De fato, o aperfeiçoamento dos fármacos, utilizados de maneira adequada, resultou na cura de diversas doenças e posterior prolongamento da vida humana (DALLARI, S. G., 1988).

Entretanto, a influência de questões políticas foi considerada o marco final de tal debate. Isso porque a experiência da Segunda Guerra Mundial, apenas 20 anos depois da Grande Guerra anterior, causada basicamente pelos mesmos motivos que provocaram esta e, principalmente, com uma capacidade de destruição infinitamente maior, delineou um consenso (DALLARI, S. G., 1988).

Nesse viés, segundo S. G. Dallari (1988, p. 58), “carente de recursos econômicos, destruída sua crença na forma de organização social, alijada de seus líderes, a sociedade que sobreviveu a 1944 sentiu a necessidade ineludível de promover um novo pacto”.

O referido pacto deu origem à Organização das Nações Unidas, incentivou a Declaração Universal dos Direitos do Homem e, simultaneamente, impulsionou a criação de órgãos especiais destinados à garantia de alguns direitos reconhecidos como essenciais aos homens (DALLARI, S. G., 1988).

O direito à saúde está, pois, consignado tanto nas constituições quanto em diferentes declarações de direitos, no âmbito daquilo que se denomina de segunda geração de direitos, isto é, os direitos econômicos, sociais e culturais. Estes, ao longo do tempo, adquiriram o reconhecimento jurídico no âmbito dos Estados, a partir das transformações que deram lugar ao Estado social de Direito (AÑÓN, 2009).

Nessa senda, no âmbito internacional, de acordo com E. M. B. Ramos (2012), a saúde foi alçada à categoria de direito humano fundamental, estando expressamente consignada em diversos instrumentos normativos internacionais, a exemplo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946), da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), do Pacto

Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), da Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989).

A saúde, então, passa a ser compreendida como um direito humano, e, também, como um direito pleno, na medida em que, como afirma Currea-Lugo (2005), um direito humano que não carrega consigo um dever do Estado e um direito da pessoa não pode ser considerado como tal. Além disso, trata-se de um direito com uma natureza universal, uma vez que a negação dessa universalidade suporia a negação dos direitos humanos em si.

Assim sendo, a saúde encontra-se prevista, explicitamente, na esfera do direito internacional dos direitos humanos, sob o abrigo de diferentes documentos normativos, ocupando um lugar de tutela específico e sendo detentora de um caráter manifestamente jurídico.

Ressalte-se que as formulações sobre direito à saúde contidas nos retrocitados documentos internacionais possuem alto grau de heterogeneidade, abrangendo, segundo E. M. B. Ramos (2012), elementos de garantia de nível adequado de vida, de assistência médica e de serviços básico, assim como de auxílio-doença, sendo possível notar a complexa configuração do conceito do direito à saúde.

Ademais, a partir da análise de tais instrumentos de proteção, afirma-se que o direito à saúde dos indivíduos se encontra estreitamente vinculado a aspectos relacionados aos níveis e às condições de vida da população (RAMOS, E. M. B., 2012).

No que diz respeito à conceituação de saúde, E. M. B. Ramos (2012) informa que a mais reconhecida e citada se refere à elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovada em 1948 e que, até os dias atuais, não foi emendada nem modificada, demonstrando a necessidade de conformação de uma perspectiva do direito à saúde como um bem público global.

Assim, segundo a definição da OMS, saúde é um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, reconhecendo-se, pois, a essencialidade do equilíbrio interno do homem e deste com o ambiente que o circunda (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946, não paginado; DALLARI, S. G., 1988).

Observe-se, porém, que até então, a saúde não havia sido definida nesses termos, na medida em que, desde os hipocráticos até o final do século XIX, as conceituações de saúde e enfermidade vinham sucedendo-se, mas sem relação com o bem-estar, não somente físico, mas também mental e social (GRACIA, 2008).

A partir da definição da OMS, a saúde passou a significar bem-estar e, de acordo com

Gracia (2008), a definição da OMS tem uma curiosa matização semântica, tendo em vista que saúde e enfermidade funcionavam secularmente como terminologias antitéticas, de maneira que saúde era entendida como ausência de enfermidade e vice-versa.

Porém, agora, a saúde não consistiria apenas na ausência de enfermidade, mas em se usufruir de um completo bem-estar físico, mental e social, sendo difícil não perceber que, subentendido a esse conceito, haveria a ética utilitarista da felicidade. A saúde teria ampliado seu perímetro para monopolizar para si mesma todos os tipos de sofrimento (GRACIA, 2008).

Existia, naquele contexto histórico, a prevalência do *Welfare State* ou Estado de bem-estar, a economia keynesiana, a sociedade de consumo e a ética utilitarista, entre outros fatores, que influenciaram, sobremedida, na estruturação do conceito de saúde diretamente ligado à questão do bem-estar (GRACIA, 2008).

Apesar da aceitação da influência decisiva do meio sobre a saúde, muitas críticas foram feitas à definição emanada pela OMS, principalmente as provenientes dos trabalhadores sanitários, que questionavam o fato de que a saúde, de acordo com essa visão, seria correspondente à definição de felicidade, sendo que tal estado de completo bem-estar, na visão deles, seria impossível de ser alcançado e que não seria operacional (DALLARI, S. G., 1988).

Há críticas, também, no sentido de que houve uma medicalização da política bastante expressiva, a ponto de a função principal do novo Estado de bem-estar ser prioritariamente higiênica e sanitária, sendo que os documentos da OMS comprovariam isso (GRACIA, 2008).

Assim, segundo o modelo estabelecido na década de cinquenta e sessenta, o direito à saúde fundamentava-se em diversas premissas: 1) a saúde era igual a bem-estar, e todo desconforto, fosse físico, mental ou social, poderia ser submetido aos devidos cuidados de saúde; 2) o sistema sanitário aceitava como justas todas as demandas de assistência; e 3) a assistência era feita quase exclusivamente no hospital (GRACIA, 2008).

Sendo assim, para Gracia (2008), caso essas premissas fossem seguidas à risca, inexisteriam dúvidas de que recursos de outros setores da economia deveriam ser transferidos para o sanitário. Nesse caso, por exemplo, um paciente teria direito ao transplante de fígado ainda que a relação custo-benefício fosse baixa, assim como todos os serviços deveriam permanecer abertos, ainda que fossem antieconômicos.

Portanto, dispõe Orts (1998, p. 35) que a referida noção de saúde “crearía enormes frustraciones, porque jamás una sociedad podrá conseguir que todos sus miembros gocen de ese perfecto bienestar físico, mental y social”.

No mesmo sentido, Belinguer (2004), para quem a saúde é detentora de uma dimensão global, afirma que pode surgir o equívoco de que tal adjetivo seja compreendido como uma

saúde perfeita e total, isto é, como a ausência de qualquer enfermidade, defeito ou imperfeição. Essa utopia teria encontrado amparo na definição cunhada pela OMS, a qual, segundo ele, contribuiu (inclusive demasiadamente) para ampliar o horizonte, muitas vezes puramente organizacional, da biomedicina.

Essa compreensão de saúde seria inadequada, sendo motivo de severos questionamentos, segundo Berlinguer (2004, p. 175):

Sin embargo, se escucharon a veces en los corredores de la OMS en Ginebra susurros como éste: “Si alguien viene aquí y afirma estar en un completo estado de bienestar, etc., etc., etc., lo internamos en el manicomio.” A decir verdad, la salud no es un estado y no es perfección. Es una situación en equilibrio cambiante que ahora podemos desplazar notablemente hacia lo mejor, a diferencia de lo que sucedía en el pasado. Me parece también poco probable que se pueda alcanzar la perfección humana a través de la higiene y la medicina; a veces, esta tentativa induce a que las personas lleven a cabo excesos, a que los médicos atiendan lo superfluo y a que los estados perpetren abusos.

Apesar dessas opiniões contrárias, reconhece-se que a definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde cumpriu um relevante papel no âmbito do reconhecimento desse direito, merecedor de tutela e atenção por parte dos Estados, não podendo mais ser relegado a um segundo plano no momento da elaboração e condução das políticas públicas voltadas ao bem-estar dos indivíduos.

Dessa maneira, ainda que sejam parcialmente justificadas, a concepção construída pela OMS evidencia certas características, tais como a proteção e a promoção da saúde, assim como recusa uma compreensão meramente medicamentizada de saúde (RAMOS, E. M. B., 2012).

Também S. G. Dallari (1988) assevera que é possível entender a aflição que envolveu alguns sanitaristas, que passaram a possuir um tão extenso objeto de trabalho, ou seja, uma busca permanente do completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças. No entanto, adverte a autora que, qualquer pretensão de redução da definição construída pela OMS pode ensejar a sua deformação de maneira irreversível.

Ressalte-se que para S. G. Dallari e Nunes Júnior (2010, p.10):

A contribuição conceitual trazida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde é inegável, servindo de referência à operacionalização de diversas leis em matéria sanitária. Primeiro, porque, ao associar o conceito de saúde ao bem-estar social e psíquico, exprime a idéia do ser humano em relação ao seu meio. Segundo, porque enaltece a saúde como um bem jurídico não só individual, mas também coletivo e, nessa medida, de desenvolvimento, acenando para a necessidade de preservação presente e futura, tanto do indivíduo – tomado isoladamente – como da humanidade. Assim sendo, muito embora existam objeções teóricas a apontar eventuais inconsistências das asserções constantes da Constituição da Organização Mundial de Saúde – como, por exemplo, a de que o portador de uma grave deficiência mental não teria como desfrutar de bem-estar psíquico e mesmo físico e social -, é certo que os

dois pontos de partida apontados cumprem, ainda hoje, relevante função hermenêutica.

No que diz respeito à concepção de saúde da OMS, aduz E. M. B. Ramos (2012) que ela se opõe a qualquer fundamentação baseada, exclusivamente, na separação saúde/doença, por compreender que a definição de saúde não se reduz à ausência de doença. Ademais, sobreleva a necessidade de conduzir a efetivação do direito à saúde por intermédio de estratégias para sua promoção, isto é, que não estejam reduzidas simplesmente à noção de recuperação da saúde.

De qualquer maneira, conforme Añón (2009), o conceito de saúde inserido no preâmbulo da Constituição da OMS pode ser aceito ou rechaçado. Entretanto, o que não parece ser recomendável é desconhecer as considerações que se encontram em seu fundamento, tanto no que se refere às evidências acerca da melhor maneira de promover a saúde, como dos valores que a inspiram, naquilo que possa ser utilizado para a interpretação do sentido do direito à saúde constante na Carta Internacional de Direitos Humanos.

Isso porque essa nova concepção de saúde parece exercer influência no conteúdo do próprio direito à saúde, uma vez que a responsabilidade do Estado na proteção e promoção da saúde demandaria o estabelecimento de um sistema de assistência sanitária em condições de igualdade para todos, porém não se findaria nisso, mas sim estaria relacionado, também, com outra série de elementos que formam parte do conteúdo de outros direitos econômicos, sociais e culturais, que se encontram positivados, simultaneamente, no direito à saúde (AÑÓN, 2009).

Portanto, para Añón (2009), um acesso igualitário ao direito à assistência sanitária não possuiria o condão de garantir um igual acesso ao direito à saúde, ainda que este seja entendido como um direito à proteção à saúde, pois, caso não haja um conceito de saúde minimamente objetivo, as desigualdades no acesso à saúde provocadas por causas socioeconômicas tendem a permanecer inviabilizadas.

Dessa feita, a definição da OMS integra a proteção da saúde em um marco geral, abarcando sua dupla face individual e social, ou seja, mesmo que, em última instância, a saúde se refira à saúde dos indivíduos, há fatores que são sociais e, por isso mesmo, modificáveis, que incidem sobre a mesma (AÑÓN, 2009).

Os próprios estatutos da OMS ressaltam que a melhora da saúde não é um assunto que tenha relação apenas com a medicina, mas também com uma série de fatores sociais. Nesse sentido, por exemplo, tem-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, na qual, sob o manto da justiça social como norteadora das

ações estatais voltadas à adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas, aduziu-se que “a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável”, constituindo alvo de preocupação comum a todos os países (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA..., 1978, p. 01).

O direito à saúde, portanto, não se desvincula das questões sociais, na medida em que estas contribuem sobremaneira para que aquele seja efetivado, tratando-se de aspecto que não pode ser ignorado pelo Estado.

Além disso, a própria denominação do direito à saúde e, por conseguinte, seu conceito, seu significado, seu alcance normativo, bem como as técnicas jurídicas para sua proteção, estão longe de estar claros e serem um consenso (AÑÓN, 2009).

Assim, muito se discute acerca da melhor nomenclatura a ser utilizada, na medida em que são inúmeras as denominações encontradas, tais como direito à assistência sanitária, direito à proteção da saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou direito ao máximo nível possível de saúde e o direito ao mínimo decente de assistência sanitária (RAMOS, E. M. B., 2012).

Nesse viés, analisando-se, brevemente, textos e declarações jurídicas de caráter internacional, é possível detectar a menção ao direito à saúde. Segundo Añón (2009), as declarações internacionais de direitos humanos não apenas constituem direito válido, como também compõem um modelo de legitimidade do poder dos Estados, por intermédio do qual há uma referência ineludível para o exame do conteúdo dos direitos.

Cite-se, por exemplo, o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, não paginado):

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

Já o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu artigo 12, prevê que “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (ONU, 1966, p. 6).

Mencione-se, ademais, a Convenção sobre os Direitos das Crianças, que, em seu artigo 24, traz a seguinte disposição:

Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde (ONU, 1989, não paginado).

Todas as normas acima mencionadas revelam a heterogeneidade das formulações sobre o direito à saúde e os inúmeros elementos a ele relacionados que parecem estar nelas reconhecidas. Porém, afirma-se que a expressão direito à saúde é a mais utilizada no âmbito das Nações Unidas.

Apesar da diversidade de formulações e nomenclaturas, adotar-se-á a denominação direito à saúde nesta investigação, compreendida como a

[...] experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y, consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual (AÑÓN, 2009, p. 49).

A saúde implica, ainda, a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas e que resulta inseparável da paz, da eliminação da pobreza, da redução do desemprego, da conservação do meio ambiente etc. Em outros termos, significa atender à existência de uma correlação entre a saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico (AÑÓN, 2009).

Exemplificando, na Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde no Século XXI, adotada na ocasião da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, consta que são pré-requisitos para a saúde a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade. A pobreza é, acima de tudo, considerada a maior ameaça à saúde (OMS, 1997).

Assim sendo, o direito à saúde diz respeito a um direito complexo, influenciado por diversos fatores, tanto individuais quanto sociais, que precisam ser objeto de estudos e avaliação para o planejamento estatal voltado a sua proteção.

Após discorrer-se sobre a conceituação do direito à saúde, ingressar-se-á, adiante, no tema sobre como ocorreu a implementação desse direito no Brasil.

2.2 O direito à saúde na ordem jurídica brasileira

O desenvolvimento do direito à saúde no território brasileiro tem ocorrido, principalmente, por intermédio de sucessivas organizações administrativas e edições de

diversas normas, de acordo com o contexto social envolvido.

Tendo em vista isso, analisar-se-á, brevemente, nos tópicos a seguir, o processo evolutivo desse direito no Brasil, em busca de melhor compreender os seus principais desdobramentos, de acordo com uma perspectiva histórico-comparativa.

2.2.1 Do Período Colonial à Primeira República (1500 – 1930)

Em relação ao período colonial, afirma-se que o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial, sujeitando-se econômica e politicamente à metrópole Portugal, e a exploração econômica em seu território ocorria por meio de ciclos, tais como do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Nesse cenário, o Brasil, como colônia de Portugal, foi palco de uma política econômica baseada no comércio exterior, sendo a estrutura colonial direcionada para atender a esses interesses, não existindo, dessa maneira, políticas específicas que conduzissem a ações voltadas para a melhoria das condições de vida dos brasileiros (REZENDE; HELLER, 2008).

Além disso, a maneira pela qual o Brasil foi colonizado teria contribuído, diretamente, na disseminação de doenças até então desconhecidas em território pátrio, conforme explica Ujvari (2007, p. 93-94):

As populações europeia e brasileira já caminhavam juntas na História, e com elas se casaram os agentes infecciosos. Cada vez mais, desembarcavam na costa do Brasil agentes invisíveis para os nativos, e que também colonizariam essas terras – agentes que, indiretamente, ajudariam no processo. Portugal enviava mulheres e crianças para os homens que habitavam o território brasileiro. Em 1570, chegava a nau de João Fernandes, conhecida também como a “nau das órfãs” por transportar uma grande quantidade de meninas que haviam perdido os pais durante a peste que assolou Lisboa à época. Assim, desembarcavam nos portos brasileiros a peste, a rubéola, a varíola, o sarampo e a varicela. Os tupis assustavam-se com esses novos visitantes, e a varicela recebia a denominação tupi de catapora, “fogo que salta”.

Sendo assim, um país colonizado, fundamentalmente, por degredados e aventureiros, desde o seu descobrimento até a instalação do império, não possuía nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo interesse, por parte de Portugal, em estabelecê-lo (POLIGNANO, 2001).

Assevera-se que, durante o período colonial, e mesmo no início do Império, os problemas de saúde da população brasileira não estavam apenas ligados ao mundo da medicina, que, à época, era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia, mas também às recorrentes crises epidêmicas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Quanto à questão da medicina, os agentes da medicina oficial, em geral, integrantes da elite, radicavam-se, apenas, nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das parcelas mais altas da população. Nesse sentido, a prática médica estava bem longe dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comum, de curandeiros e dos cuidados ofertados por segmentos religiosos, tais como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início da colônia, foram criados em algumas regiões mais populosas do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Eram inúmeras as dificuldades enfrentadas pelo ínfimo quantitativo de médicos existentes na colônia, a exemplo da imensidão do território brasileiro, seu despovoamento e a pobreza da maioria dos habitantes, que acabavam afastando esses profissionais (REZENDE; HELLER, 2008).

Ademais, nessa época, eram constantes as ocorrências de epidemias, que assolavam a população e não eram objeto de um enfrentamento adequado por parte do governo colonial, o que agravava, ainda mais, a situação de vulnerabilidade dos indivíduos em relação a sua saúde.

No período colonial, conforme Escorel e Teixeira (2012), as ações dos poderes públicos na área da saúde resumiam-se à regulamentação das artes de curar, realizada por tribunais portugueses, responsáveis pela expedição de licenças, autorizando a prática àqueles que comprovassem experiência.

Da mesma maneira que os físicos cirurgiões (médicos cirurgiões) e boticários (farmacêuticos), outros agentes de cura que não possuíam formação acadêmica, como parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e demais tipos de curandeiros, tinham que obter licenças para exercer suas funções em localidades específicas e por tempo determinado (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nota-se, portanto, que, no Brasil colônia, as medidas sanitárias eram muito incipientes, não sendo aptas, em geral, a cumprir a função de preservação da saúde da população, que se via compelida, muitas vezes, a enfrentar por conta própria, sem assistência médica ou instalações hospitalares adequadas, as doenças que lhes acometiam.

Dessa feita, a maior parte das ações sanitárias durante o período colonial tinha caráter individual, existindo poucas intervenções realizadas no âmbito coletivo até meados do século XVIII. Contribuiu, para isso, a baixa densidade demográfica das cidades e vilas, que ainda não haviam alcançado um nível de importância econômica, social e política capaz de atrair a atenção do Estado Metrópole (REZENDE; HELLER, 2008).

Destaque-se, assim, que a administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social, visando a um ataque

planificado e contínuo às causas ensejadoras de doenças, atuando, por essa razão, de maneira muito mais negativa do que positiva em reação à saúde, conforme explica R. Machado (*et al.*, 1978, p. 56):

O que basicamente se evidencia na leitura dos documentos deste período que se referem à “saúde dos vassalos”, “saúde dos povos”, “saúde da população” e mesmo “saúde pública”, é que o termo saúde nunca é tematizado em si mesmo, nunca é definido ou explicitado. Nem a reflexão médica nem a prática política se organizam no sentido de fazer da saúde um objetivo fundamental de sua especialidade. Isto não significa que não haja uma preocupação com a saúde, interesse para com ela, ou que não seja percebida como valor. Entretanto, o que se constitui explicitamente como problema é seu inverso, sua marca negativa, a doença e a morte. Perspectiva mais de combater o mal do que de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado. Embora encerre o máximo de positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença.

Nesse sentido, a fase imperial da história brasileira foi finalizada sem que o Estado conseguisse resolver os graves problemas de saúde que afetavam a coletividade, em que pese algumas tentativas que foram feitas, as quais não surtiram os efeitos almejados (BERTOLLI FILHO, 1996).

O século XIX assinala para o Brasil o começo de um processo de transformação política e econômica. A própria transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, trouxe mudanças que foram importantes para a relação entre Estado, sociedade e medicina, tendo em vista o fato de que a instalação do poder central em solo brasileiro resultou na atribuição, a si próprio, de determinadas funções, entre as quais a saúde do povo da nova terra (MACHADO, R., *et al.*, 1978).

Assim, a vinda da família real para o Brasil suscitou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de conferir suporte ao poder que estava se instalando na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

O monopólio comercial português sobre a colônia foi rompido, sendo o comércio aberto a todas as nações amigas, resultando em uma demanda por melhorias na higiene dos portos e posterior mobilização no sentido de centralizar estes serviços pelo governo, a fim de garantir as relações comerciais (REZENDE; HELLER, 2008).

Nessa época, foram criadas as primeiras instâncias em saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde. Competia àquela a fiscalização do exercício da medicina, mas suas responsabilidades limitavam-se, quase que exclusivamente, ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura e, principalmente, à aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem a

habilitação legal (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Quanto à Provedoria-mor, dirigida pelo físico-mor, assevera-se que tinha como objetivo a garantia da salubridade da Corte, atuando na fiscalização dos navios para impedir a chegada de novas doenças nas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As atividades de saúde pública, até 1850, limitavam-se à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. Observa-se, portanto, que o interesse principal se cingia ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império (POLIGNANO, 2001).

A partir do processo de Independência do Brasil, as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina, segundo Escorel e Teixeira (2012), deixaram de ser responsabilidade das instituições vinculadas à Coroa portuguesa. Em 1828, extinguiu-se a Fisicatura-mor e as atividades de saúde ficaram sob a responsabilidade das câmaras municipais localizadas nas diversas regiões do país.

Os municípios, que passaram a atuar de maneira totalmente descentralizada, acabaram agindo conforme os interesses e as necessidades locais, geralmente definidos pela classe senhorial (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com a proclamação da Independência também surgiram as primeiras faculdades e agremiações médica. Assim, em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada, em 1831, em Academia Imperial de Medicina. Apesar dessas e de outras iniciativas adotadas na época, o avanço da medicina oficial não proporcionou a ampliação dos cuidados com a saúde da população, que permaneceu, por um longo período, submetida aos tratamentos oferecidos por outros agentes de cura (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em meados do século XIX, em um cenário de crise sanitária e centralização do poder imperial, instaurado com o fim do período regencial, a autonomia municipal relacionada às ações de saúde começou a diminuir, principalmente em razão do recrudescimento de epidemias, como as de febre amarela e varíola, estabelecendo-se um modelo mais centralizado para as atividades de saúde, no qual o poder central atuava na normatização dos serviços, competindo aos poderes locais a responsabilidade pela alocação de recursos e execução das ações (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Entretanto, explicitam Escorel e Teixeira (2012) que essa formatação se mostrou ineficiente, em razão da incapacidade de o governo central trabalhar em conjunto com as províncias. À exceção do município em que estava situada a Corte, o governo imperial pouco se dispôs a realizar transferências de recursos para as províncias, mesmo em momentos de crises epidêmicas.

A organização dos serviços de saúde permaneceu sem mudanças significativas até a última década do Império. Em um contexto de desenvolvimento urbano das principais capitais do Sudeste e de preocupação governamental com a permanente ampliação do ingresso de mão de obra para a agricultura cafeeira, os serviços de saúde passaram por uma nova reforma, em 1886 (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Apesar disso, as estruturas de serviços de saúde permaneciam as mesmas, fortemente relacionadas à capital do Império e ignorando o restante do país. Assim, essa situação deixava em penúria a maioria dos municípios, sendo exceção apenas os mais ricos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Na economia, o Brasil passou a ser destaque em razão da expansão da lavoura cafeeira, que deu origem a um novo bloco de poder centrado na aristocracia paulista, o qual passou a dividir a cena política com outras oligarquias agrárias existentes. Esse grupo atuou intensamente no processo abolicionista e, visando a modernização do país, tomou a direção do poder nacional, abrindo caminho para a implementação da República (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Portanto, desde o instante em que foi instaurada a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, buscou-se padrões de atuação sanitária diversos daqueles que prevaleceram no período escravagista (GALVÃO, 2012).

Tal busca justifica-se porque, em 1888, a partir da Abolição da Escravatura e subsequente escassez de mão-de-obra, ao mesmo tempo em que era estimulada a imigração de pessoas vindas, principalmente, da Itália, da Espanha e de Portugal, o cenário relativo às condições sanitárias para a recepção e permanência delas no Brasil permanecia hostil. Isto, conjugado à falta de políticas sociais e de saúde, resultou na intensificação de epidemias, a exemplo da febre amarela (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Assim, a elite cafeeira exigia a implementação de ações sanitárias que pudessem proteger das epidemias e demais infortúnios decorrentes da ausência de uma organização sanitária adequada tanto à força de trabalho imigrada e a nacional, quanto a si própria.

Em 1889, surgiu a epidemia de peste no Rio de Janeiro, fato que acelerou a criação de instituições médicas voltadas ao seu combate e de outras doenças também, como a febre amarela e a varíola (GALVÃO, 2012).

De acordo com Galvão (2012), essa mobilização de recursos para combater a referida epidemia acabou impulsionando mudanças relacionadas às iniciativas do poder central em relação à saúde pública, evidenciando a necessidade de uma organização sanitária que fosse além das práticas estabelecidas no âmbito municipal e estadual, e que tivesse a capacidade de

intervenção em nível nacional.

Em 1889, ocorreu a Proclamação da República, conduzida sob o ideal de modernização do Brasil, simbolizado pelo lema positivista inscrito na bandeira nacional “Ordem e Progresso” (REZENDE; HELLER, 2008).

Um mês após os republicanos assumirem o poder, foram adotadas medidas relacionadas ao Serviço da Polícia Sanitária e outras ações que visavam impedir ou atenuar o desenvolvimento de epidemias em todo o território nacional (GALVÃO, 2012).

Explica Galvão (2012) que a legislação de 1889, apesar de possuir um caráter abrangente, refletiu, ainda, a extrema dificuldade de operacionalização de práticas de saúde pública em nível nacional. Dessa feita, salvo em relação ao saneamento dos portos, a legislação sanitária central pautava-se, prioritariamente, nos problemas médico-sanitários do Rio de Janeiro, fato que transpareceria até os anos 20.

Nesse contexto, afirma-se que, apesar do considerável crescimento econômico oriundo do setor cafeeiro aliado à ocasião da Proclamação da República, não houve grandes transformações nos serviços de saúde, sendo que a organização vigente no final do Império foi mantida durante o governo provisório (novembro de 1889 a janeiro de 1891) (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No âmbito da Constituição de 1891, reafirmou-se a autonomia dos Estados para prestarem serviços de saúde, incluindo a vigilância sanitária. Somente no Distrito Federal os serviços ficaram sob a responsabilidade do governo federal, que, além de se responsabilizar por questões sanitárias da capital, ainda fornecia assessoria técnica e contribuía com recursos financeiros para os Estados (REZENDE; HELLER, 2008).

Contudo, esse arranjo constitucional teria obstacularizado a inserção do poder do Estado no território nacional, dificultando a homogeneização das ações sanitárias e a consolidação do poder público no Brasil (REZENDE; HELLER, 2008).

A desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República continuava facilitando a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país. Assim, entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras foram afetadas pela varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifoide e cólera, que dizimaram milhares de pessoas (BERTOLLI FILHO, 1996).

Esse quadro sanitário caótico gerou sérias consequências tanto no que diz respeito à saúde coletiva quanto para outros setores, como o comércio exterior, uma vez que os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro, em razão da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2001).

Nesse cenário, durante o período presidencial de Rodrigues Alves (1902-1906), o Rio de Janeiro, então capital da República, passou por uma expressiva reforma urbanística e sanitária, liderada pelo prefeito da cidade, Pereira Passos, e por Oswaldo Cruz, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DGSP). Esse período de reformas vinculou-se à consolidação das oligarquias cafeeiras na direção do Estado (BERTOLLI FILHO, 1996; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Oswaldo Cruz determinou o início dos trabalhos de higienização da capital, montando um esquema de fiscalização das ruas e das casas que abrigavam as pessoas no centro carioca, criando-se um verdadeiro exército de aproximadamente 1.500 pessoas, responsáveis pelas atividades de desinfecção no combate ao mosquito vetor da febre-amarela, mas a ausência de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” provocaram revolta na população (BERTOLLI FILHO, 1996; POLIGNANO, 2001).

O clima entre a população era de muito receio, ante o desconhecido e as ações autoritárias do governo, conforme observa Bertolli Filho (1996, p. 27):

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a política agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos, como passeatas e greves.

Consoante Polignano (2001), esse modelo de intervenção ficou conhecido como *campanhista*, sendo concebido dentro de uma visão militar, segundo a qual os fins justificam os meios e o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de atuação.

Em meados de 1904, em razão do surgimento de um novo surto de varíola na capital, o Poder Executivo encaminhou à Câmara um projeto de lei reabilitando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra essa doença em todo o território da República (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A população, assustada, reagiu contra essa iniciativa de vacinação em massa, não somente em razão de nunca ter vivenciado um processo semelhante, mas também pelo desconhecimento acerca da composição e qualidade do material empregado na imunização (BERTOLLI FILHO, 1996).

O discurso contrário à vacinação proposta ressoou ainda mais forte em decorrência do apoio de opositores ao governo situados nos mais variados segmentos sociais, de acordo com

Bertolli Filho (1996, p. 27):

Aproveitando o clamor popular, grupos políticos de oposição passaram a engrossar as críticas contra o Estado e sua ação sanitária. Defensores da restauração monárquica, militares positivistas e até médicos homeopatas, contrários ao uso de vacinas, uniram-se à movimentação do povo, tentando obstruir as discussões parlamentares sobre a imunização compulsória.

Em 31 de outubro de 1904, finalmente, o supracitado projeto foi convertido na Lei Federal nº 1261, que instituiu a vacinação antivaríola de maneira obrigatória em todo o território nacional e foi considerado o estopim para que um grande movimento popular de rebelião ocorresse, conhecido, historicamente, como a Revolta da Vacina (POLIGNANO, 2001).

Diante desses acontecimentos contrários à obrigatoriedade da vacinação, o governo decidiu torná-la opcional para todos os cidadãos. Assim, a revolta demandou que o Estado e a medicina procurassem outras maneiras de relacionamento com a sociedade (BERTOLLI FILHO, 1996).

Entretanto, de acordo com Galvão (2012), o governo continuava alheio às verdadeiras demandas sanitárias da população, a exemplo do que ocorreu com a tuberculose, que vitimou inúmeras pessoas, mas que, por não ser uma doença com uma transmissibilidade que afetasse, indistintamente, as diversas classes sociais, não teria sido adequadamente combatida pelas políticas sanitárias.

Ocorre que, não obstante a indiferença do Estado em relação aos reais problemas de saúde da população, o agravamento deles, entre 1910 e 1920, em razão, principalmente, da crise econômica de 1910, acentuada pelo advento da recessão resultante da Primeira Guerra Mundial, em 1914, propiciou a criação de um clima favorável ao surgimento de outras revoltas populares, que serviram de substrato para a modificação da atuação do Estado perante tal situação, por meio da elaboração de um projeto de Organização Sanitária Nacional, no começo da década de 1920 (GALVÃO, 2012).

Nesse viés, explica Galvão (2012, p. 26) que:

Como era de se esperar, as consequências mais penosas da recessão se abateram sobre as classes populares, que sofreram os efeitos do desemprego, da redução de salários, das más condições de trabalho nas fábricas e da escassez de gêneros alimentícios no mercado interno. A ocorrência, em fins de 1918, de uma extensa crise sanitária, provocada por uma epidemia de gripe, “a gripe espanhola”, viria a demonstrar na prática, que as condições de vida das populações urbanas tinham atingido níveis baixíssimos, pela alta mortalidade que a gripe ocasionou na cidade do Rio de Janeiro e em praticamente todos os centros urbanos de importância econômica no País.

Polignano (2001) relata que, enquanto a sociedade brasileira se encontrava dominada

pela economia agroexportadora, baseada na monocultura cafeeira, exigia-se do sistema de saúde apenas uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação, prevalecendo o modelo campanhista.

Porém, o crescimento do processo de industrialização do país e o advento dos movimentos trabalhistas em prol de melhores condições de trabalho desencadeou uma mudança nesse quadro, sendo que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves, considerada o marco inicial da previdência social no Brasil e por meio da qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), estabelecendo-se, então, o modelo assistencial-privatista da saúde pública (POLIGNANO, 2001).

As CAP's eram financiadas pela União, pelos empregadores e pelos empregados, sendo organizadas por empresas, de maneira que somente os estabelecimentos maiores tinham condições de mantê-las (BRAVO, 2008).

Esse modelo resultou em uma oferta de assistência médica desigual, uma vez que grande parte da população brasileira não estava vinculada a atividades de natureza empresarial e continuava a depender dos programas sanitários eventualmente oferecidos pelo Estado (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013).

Dessa feita, desde o Brasil colonial até os primórdios da República, houve uma série de obstáculos à implementação de políticas de saúde pública no território brasileiro, os quais só começaram a ser removidos, ainda que de maneira tímida, quando o setor econômico mostrou interesse em fazê-lo. Mesmo assim, conforme se notará no tópico seguinte, não houve mudanças significativas concernentes às questões sanitárias no Brasil.

2.2.2 A saúde pública entre os períodos do Estado Novo ao pré-regime militar (1930-1963)

Entre 1922 e 1930, houve sucessivas crises econômicas e políticas, nas quais foram conjugados fatores de origem interna e externa, tendo como consequência a redução do poder das oligarquias agrárias no Brasil, acentuando as contradições e instalações contra a política dos governadores existente à época (POLIGNANO, 2001).

Diante disso, Getúlio Vargas foi investido na Presidência da República através da Revolução de 1930, e buscou, imediatamente, a libertação do Estado do controle político das elites regionais, promovendo uma série de reformas políticas e administrativas, afastando da administração pública os principais líderes da República Velha (BERTOLLI FILHO, 1996).

Atribuía-se, a partir de então, segundo Bertolli Filho (1996), uma nova roupagem às

questões sanitárias no Brasil, criando-se o denominado Ministério da Educação e da Saúde Pública, que determinou uma ampla remodelação dos serviços sanitários do país, pretendendo-se garantir que eles fossem controlados pela burocracia federal, em decorrência do centralismo político-administrativo imposto por Getúlio Vargas.

A política de saúde, nesse período, passou a ser de caráter nacional, organizada em dois subsetores, ou seja, o da saúde pública, predominante até meados de 1960 e que se voltou para a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de maneira restrita, para as do campo, e o da medicina previdenciária (BRAVO, 2008).

As Caixas de Aposentadoria e Pensões foram substituídas, na década de 30, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que eram expressão da medicina previdenciária e os seus benefícios estenderam a um número maior de categorias de assalariados urbanos (BRAVO, 2008).

No entanto, percebe-se que tais benesses, além de outras conquistas provenientes da regulamentação do trabalho urbano, eram restritos aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho, excluindo-se do sistema previdenciário os desempregados, os subempregados e os trabalhadores rurais (RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, 2017).

Com a Constituição de 1934, o Ministério da Educação e da Saúde Pública começou a ser institucionalizado, principalmente em decorrência do início da gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), que propôs uma série de reformas que visavam, entre outras coisas, acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando-as aos departamentos estaduais de Saúde, os quais, por sua vez, eram coordenados pelo governo federal (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Sob a presidência de Eurico Gaspar Dutra, em 1946, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário alcançou o auge. Questionava-se qual seria o melhor modelo de atenção à saúde, sendo proferidas diversas críticas contra o Serviço Especial de Saúde Pública (decorrente de um acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano, para atuar no combate à febre amarela e à malária na Amazônia e no vale do Rio Doce), havendo, também, um intenso debate médico-sanitarista-parlamentar a respeito da criação de um ministério da saúde independente (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em maio de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, como resultado de sete anos de discussões, mas para o qual foram destinadas verbas irrisórias, no decorrer da década de 50, confirmando o descuido das autoridades governamentais em relação à saúde da população (BERTOLLI FILHO, 1996).

Segundo Bertollozi e Greco (1996), no governo do Presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960), a economia nacional foi aberta ao capital estrangeiro, iniciando-se uma grande

pressão por parte dos empresários quanto à eficiência das indústrias. Como resposta, organizou-se o Congresso de Hospitais, que instituiu os serviços médicos próprios das empresas, dando-se início a um novo desenho da prestação privada de serviços de saúde, por meio da medicina de grupo, que é considerada um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais na seara da saúde na atualidade.

Em momento posterior, sob a presidência de Jânio Quadros (1961) e de João Goulart (1961-1964), o Ministério da Saúde foi palco de constantes trocas de comando, resultando na nomeação de 6 ministros, sendo que nenhum deles conseguiu conduzir a pasta durante um ano completo (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Bravo (2008), a situação da saúde da população brasileira manteve-se quase inalterada, entre o período de 1945 a 1964, uma vez que não conseguiu atingir a eliminação do quadro de doenças infecciosas e parasitárias, muito menos as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Conforme se observa, no decorrer desse intervalo temporal, não houve alterações significativas em relação ao tratamento dispensado à saúde pública. Sendo assim, analisar-se-á, a seguir, o período que abrange o regime militar e as consequências advindas pelo movimento de reforma sanitária implementado no Brasil.

2.2.3 Do Regime Militar à Reforma Sanitária (1964 a 1990)

No que toca à questão da saúde no regime militar de 1964, afirma-se que foi um período no qual houve uma redução significativa das verbas destinadas ao Ministério da Saúde. Nas palavras de Bertolli Filho (1996, p. 51), “aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura”.

Ao referido ministério cabia, basicamente, a elaboração de projetos e programas, sendo delegada a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, parte da execução de tarefas sanitárias, o que não resultou em melhorias aos serviços de saúde, uma vez que o Ministério da Saúde era muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde (BERTOLLI FILHO, 1996; POLIGNANO, 2001).

Em 1967, houve a unificação, uniformização e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultante da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, excluindo-se, a partir de então, os trabalhadores da gestão da previdência social, cabendo-lhes o papel somente de

financiadores (RAMOS, E. M. B., MADUREIRA; SENA, 2013; BRAVO, 2008).

Com a criação do INPS, para conseguir atender à crescente demanda por serviços na área da saúde, o governo militar passou a adquiri-los na estrutura médica privada existente, estimulando, segundo Escorel (2012), um padrão de organização de prática médica guiado pelo lucro.

Essa sistemática foi tornando-se cada vez mais complexa, administrativa e financeiramente, dentro da estrutura do INPS, o que acabou ensejando a criação de uma estruturação própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), em 1978 (POLIGNANO, 2001).

De acordo com E. M. B. Ramos e Miranda Netto (2017, p. 51):

[...] o Governo Militar restringia seu papel no setor da saúde pública somente a medidas de natureza preventiva e a atividades epidemiológicas e de vigilância sanitária. Somente a parcela da população que estivesse inserida no mercado formal de trabalho, vinculada, assim, à Previdência Social – de caráter contributivo – estaria amparada pelos serviços privados de saúde, que eram custeados e fiscalizados pelo INAMPS. As atividades de cunho assistencialista – e não contributivo – permaneciam sendo prestadas pelas instituições de caridade.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se estimulavam políticas públicas, ainda que restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, o regime militar abriu espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar (BEHRING; BOSCHETTI, 2017).

Quanto à Constituição outorgada em 1967, observa-se que em seu texto houve implicações diretas e indiretas para a saúde. Assim, entre outras disposições, manteve-se a competência concorrente entre a União e os Estados para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde (art. 8º, XVII, c e §2º) e a bem como a autonomia municipal como competência para organização dos serviços públicos locais (art. 16, II, b) (BRASIL, 1967).

A Emenda Constitucional n. 1, denominada de Constituição de 1969, com característica altamente centralizadora, acabou com a competência concorrente em saúde, que passou a ser dever somente da União, responsável por estabelecer e executar um plano nacional de saúde (DALLARI, S. G., 2013).

Contudo, o modelo de saúde previdenciário começou a mostrar as suas mazelas, conforme afirma Polignano (2001), devido, principalmente, à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde.

Sendo assim, tendo em vista que o regime militar, no período de 1964 a 1974, não conseguiu a legitimidade do sistema implementado, mostrou-se imprescindível a alteração de sua relação com a sociedade civil, através do desenvolvimento de novas maneiras de mediação entre a dominação autoritária e as suas consequências sociais e econômicas (RAMOS, E. M. B.; MADUREIRA; SENA, 2013).

O setor público de saúde volta a ser pauta nas discussões governamentais, bem como a necessidade de aumentar e otimizar os investimentos nessa área, visando a redução dos custos operacionais e conseguir aumentar o atendimento de uma maior parcela populacional que demandava assistência.

Assim, em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial que buscava um novo modelo de saúde que incorporava o setor público, integrando, também, ações curativas-preventivas e educativas (POLIGNANO, 2001).

Esse período coincidiu com o movimento de transição democrática. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), acelerou o processo de democratização do país, já iniciado por seu antecessor. Dessa maneira, conforme Polignano (2001, p. 21):

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

Já em meados da década de 70 surgiu o denominado Movimento Sanitário, decorrente da articulação de uma série de núcleos de interesse da sociedade civil, que traziam consigo propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar uma visão e uma linha de atuação (ESCOREL, 2012).

Esse movimento pleiteava a democratização da saúde, em um período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra o regime militar, como estudantes, professores, universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, que passaram a defender mudanças na saúde (PAIM, 2008).

A conquista de democracia, em 1985, possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a participação daqueles atores, na qual se reafirmou o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde descentralizado e democrático (PAIM, 2008).

O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que resultou na aprovação de um capítulo inédito versando

sobre a saúde, reflexo do pensamento e luta do Movimento Sanitário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram o direito universal à saúde; a saúde como um dever do Estado; a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando todos os serviços públicos em uma rede; além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS, de maneira complementar, bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A Constituição Federal de 1988 elevou os serviços e ações de saúde à categoria de relevância pública, com todas as consequências de sua essencialidade. Nesse quadro, a saúde foi integrada à Seguridade Social e a criação do SUS representou uma mudança de paradigma da política de saúde no Brasil (RAMOS, E. M. B.; MADUREIRA; SENA, 2013).

Consoante afirma Bravo (2008), o direito à saúde na Constituição de 1988 inspira-se nas proposições defendidas no decorrer de vários anos pelo Movimento Sanitário, em que pese não tenha sido possível atender a todas as demandas, principalmente quando estas colidiam com os interesses empresariais ou de setores do próprio governo.

Sendo assim, em que pese a necessidade de possíveis aperfeiçoamentos, acredita-se que o direito à saúde, finalmente, recebeu uma tutela constitucional condizente com a sua qualidade de direito humano fundamental, demonstrando a sua importância e imprescindibilidade para o desenvolvimento da sociedade brasileira.

2.3 O Sistema Único de Saúde e o federalismo sanitário cooperativo no Brasil

Conforme demonstrado no tópico precedente, o legislador constituinte originário desenhou, no texto constitucional de 1988, de maneira inédita, prevendo uma estrutura que visa proporcionar o acesso à saúde a todos aquele que se encontrem no território brasileiro, em razão do princípio da universalidade da cobertura e do atendimento.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge, conferindo os contornos do modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o espaço nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde, assim como do papel estatal para garanti-lo, assimilando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos destinados à democratização e compartilhamento do processo decisório e de gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, C. V., 2018).

A saúde, como um direito de todos os indivíduos, deve ser assegurada, segundo a Constituição Federal de 1988, por todos os entes federativos. Não obstante isso, ressalte-se que os serviços de saúde também podem ser prestados pela iniciativa privada, mas de maneira complementar e sob a fiscalização do poder público, que não pode se eximir do dever de prestá-los, diretamente, a partir da rede hierarquizada e regionalizada que constitui o SUS.

Veja-se, dessa feita, alguns dispositivos constitucionais relacionados ao tema:

Art. 196. A saúde é **direito de todos e dever do Estado**, 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 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 (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos).

Importante dizer que o aspecto autoritário e antidemocrático experimentado no decorrer do período do regime militar no Brasil foi superado, sendo a estrutura constitucional do SUS reflexo dos anseios da população e de demais setores que, até então, não possuíam influência política nas questões relacionadas à saúde pública, mas que, agora, pode dele participar, ante a previsão de participação da comunidade como uma das diretrizes a serem seguidas na prestação das ações e serviços de saúde (RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, 2017b).

O texto constitucional revela, dessa forma, que a concepção do SUS foi fundamentada na formulação de um modelo de saúde destinado às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso estatal concernente ao bem-estar social, especialmente em relação à saúde coletiva, consolidando-a como um dos direitos da cidadania (POLIGNANO, 2001).

Essa visão, segundo Polignano (2001), foi decorrente do momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém desembarcada de um regime militar, no qual a cidadania não era, segundo ele, considerada princípio de governo. Dessa forma, embalada pelo movimento das Diretas Já, a sociedade procurava assegurar, no novo documento constitucional, os direitos e valores da democracia e da cidadania.

Não obstante as disposições constitucionais sobre o direito à saúde, o legislador

constituente originário não especificou de que maneira ele seria operacionalizado, não esclarecendo, por exemplo, como seria financiado, como os serviços seriam organizados e administrados ou quais seriam os deveres e as responsabilidades das diferentes entidades federativas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (ESTEVEZ, 2012).

Dessa maneira, visando conferir materialidade à política de saúde prevista na Constituição de 1988, o legislador infraconstitucional elaborou uma série de leis e demais atos normativos, a exemplo da Lei n.º 8.080/90 e da Lei n.º 8.142/91, que, reunidas, são conhecidas como a Lei Orgânica do SUS.

A partir de uma análise geral da Lei n.º 8.080/90, é possível detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços somente em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios (MERCADANTE, 2002).

O SUS, de acordo com o artigo 4º da Lei n.º 8.080/90, passa a ser compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Por sua vez, a iniciativa privada, consoante afirmado anteriormente, pode participar do SUS, mas apenas em caráter complementar, de acordo com o § 2º do artigo 4º da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Assim, essa legislação dispõe sobre as competências das três esferas governamentais, cabendo ao âmbito federal a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; aos estados compete a formulação da política estadual de saúde e a coordenação e planejamento do Sistema de abrangência estadual; e à esfera municipal cabe a formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde (COHN; ELIAS, 2005).

É importante ressaltar que vários aspectos influenciaram a implantação do SUS. Entre eles, as próprias características da federação brasileira, que se distingue pelo reconhecimento dos municípios como entes autônomos, a partir da Constituição de 1988, pela multiplicidade de esferas governamentais e por um relevante processo de descentralização de encargos e recursos tributários (LIMA *et al*, 2011).

De acordo com Polignano (2001), foram estabelecidos os seguintes princípios doutrinários relativos ao SUS:

a) universalidade – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;

b) equidade – trata-se de um princípio de justiça social, que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Assim, a rede de serviços deve estar atenta às reais necessidades da população a ser atendida;

c) integralidade da assistência – significa considerar que a pessoa é um todo, devendo as ações de saúde buscar o atendimento de todas as suas necessidades.

Esses elementos apontam para a construção de um sistema de saúde capaz de reverter a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, que vigorou no período anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002).

Há, ainda, alguns princípios organizativos inerentes ao SUS (POLIGNANO, 2001):

a) hierarquização – compreende-se como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

b) participação popular – isto é, a democratização dos processos decisórios, consolidada através da participação dos usuários dos serviços de saúde nos denominados Conselhos Municipais de Saúde;

c) descentralização política-administrativa – concretizada por meio da municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Previu-se, ademais, que “cuidar da saúde” é missão que deve competir a todas as esferas de poder político da federação. Ela foi enumerada entre as competências comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, de acordo com o previsto no art. 23, II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A enumeração constitucional de competências implica a responsabilidade de realizar essas tarefas. São encargos que os governos estão obrigados a assumir, independente de qual seja a atividade necessária para a sua efetivação. A declaração de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, contida na Constituição Federal de 1988, destina poder político também para os Municípios em matéria de saúde (DALLARI, S. G., 2013).

Consoante S. G. Dallari (2013), não é conferida a nenhuma ordem constitucional estadual negar essa afirmação, o que implica a indispensável compatibilização do mandamento federal e o disposto pelos Estados. Em outro sentido, não se pode supor que a falta de referência expressa à capacidade normativa estadual, em matéria de saúde, signifique a sua inexistência.

Nesse sentido, em relação ao direito à saúde na Constituição Federal de 1988, destaca-se a característica da descentralização do SUS, com direção única em cada esfera de governo, como uma das diretrizes a serem seguidas por essa rede regionalizada e hierarquizada de

prestação de serviços públicos de saúde.

Trata-se, portanto, de uma das expressões do federalismo cooperativo sanitário disposto no âmbito constitucional. Regionalização e descentralização são princípios que orientam a configuração político-territorial do SUS, que possui caráter público, nacional e universal.

Assim, de acordo com Dourado e Elias (2011, p. 206):

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

A organização institucional do SUS reproduz a disposição da estrutura federativa brasileira, que possui três esferas autônomas de governo, isto é, federal, estadual e municipal, legitimando a autonomia das entidades federais na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011).

A Lei n.º 8.080/90 dispõe, em seu artigo 9º, que a direção do SUS é única e será exercida, em cada esfera governamental, pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos Estados e Distrito Federal, por suas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos Municípios, por suas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Como já mencionado, tanto a Constituição Federal de 1988 e quanto a Lei Orgânica da Saúde de 1990 estabelecem que a descentralização e a regionalização são princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde, os quais serão objeto de maior detalhamento nos parágrafos seguintes, para que se compreenda como eles impactam na configuração do federalismo cooperativo sanitário.

Explicam A. L. D. Viana e Lima (2011) que a descentralização da política de saúde segue o desenho federativo brasileiro, com o objetivo de transferir o poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os Estados e, principalmente, os Municípios.

A descentralização, dessa feita, redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos poderes executivos subnacionais na condução da política de saúde (LIMA *et al.*, 2011).

Destaque-se, ainda, que o processo de descentralização em saúde que predomina no

Brasil é do tipo político-administrativo, na medida em que envolve não somente a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

Por sua vez, no que concerne à regionalização, esta possui como finalidade a conformação de regiões, traduzindo-se como um processo político mais amplo, condicionado pela distribuição de poder e pelas relações construídas entre os governos, organizações públicas e privadas, além de cidadãos, em diferentes espaços geográficos (VIANA, A. L. D.; LIMA, 2011).

A regionalização na saúde inclui, ademais, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (LIMA *et al.*, 2011).

Ressalte-se que, em contextos federativos, segundo Lima *et al.* (2011), há especificidades relacionadas à implantação de políticas públicas. Sob regimes democráticos, o formato institucional das federações assegura que exista a repartição do poder estatal, de maneira que diversas esferas de governo possam participar do processo político e defender seus direitos originários.

Nesses casos, o estabelecimento de sistemas universais, como o SUS, supõe que haja entendimento entre autoridades políticas investidas em diversos tipos de poder e legitimidade, que agregam e empregam recursos diferentes. Dessa feita, observam-se relações de cooperação e competição, vetos e decisões conjuntas entre atores com projetos políticos que são, frequentemente, divergentes (LIMA *et al.*, 2011).

No que concerne à política de saúde brasileira, afirma-se que esta desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, possibilitando a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. A regulação destes foi realizada pelo Ministério da Saúde, principalmente por meio da edição de inúmeras normas (LIMA *et al.*, 2011).

De acordo com Lima *et al.* (2011), tais normas, geralmente com caráter de transitoriedade, foram sendo complementadas e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças, mas também elementos de continuidade entre si. Na década de 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, em 2006, instituiu-se o Pacto pela Saúde, integrado pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS.

Os contextos históricos e político-institucionais relativos à formulação e à implementação das políticas federais construídas no decorrer dos anos 90 e 2000 tencionam e

atualizam procedimentos em vigor, permitindo identificar diferentes ciclos de descentralização no SUS, com menor ou maior ênfase na regionalização (LIMA *et al.*, 2011).

Entretanto, é preciso que se reconheça a complexidade e a diversidade desses fenômenos no Brasil, ante a existência de múltiplas realidades territoriais e da importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde, que influenciam os processos de descentralização e regionalização do SUS no território brasileiro (LIMA *et al.*, 2011).

Nessa senda, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990, de maneira que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada, consoante Dourado e Elias (2011).

Assim, “a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde” (LEVCOTIZ; LIMA; MACHADO, C. V., 2001, p. 270).

De fato, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos oriundos do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (DOURADO; ELIAS, 2011).

O aspecto municipalista da descentralização que prevaleceu nesse período resultou em avanços para o SUS, principalmente no que concerne à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios (DOURADO; ELIAS, 2011).

Por outro lado, de acordo com os ensinamentos de Dourado e Elias (2011), essa municipalização sanitária trouxe consigo alguns efeitos colaterais, que conformaram particularidades na dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. A descentralização foi implantada, nesse período, com fundamento em uma prática de relação direta entre as esferas federal e municipal, adotada desde o início do processo.

Dessa maneira, sem a face da regionalização, a descentralização acoplou-se ao desenho federativo brasileiro, não levando em consideração o papel das instâncias estaduais de governo e, dessa maneira, aumentando as atribuições dos municípios na provisão de serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2011).

Consequentemente, os resultados da descentralização brasileira na saúde mostraram-se contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde,

assim como distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (LIMA *et al.*, 2011).

A fragilidade das relações firmadas entre estados e municípios teria dificultado as definições de responsabilidades e, inclusive, do comando acerca dos serviços de saúde no momento em que se iniciaram as propostas para redefinição desse quadro (DOURADO; ELIAS, 2011).

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela, assim, a complexidade de consolidação nacional dos princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue, entre outras características, por longos períodos de autoritarismo centralizador, que comprometeram o funcionamento das instituições federativas; a importância e assimetria de poder dos governadores no sistema político e nas políticas públicas; o reconhecimento dos governos locais, ou seja, dos municípios, como entidades federativas, a partir da Constituição de 1988, acompanhado de processo de descentralização de encargos sociais, poderes políticos, legislativos e tributários; existência de mais de cinco mil municípios, em sua maioria de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para o desenvolvimento de todas as responsabilidades acerca das políticas públicas que lhes são atribuídas; existência de uma série de encargos sociais compartilhados (comuns e concorrentes) entre os governos; diversidade territorial e marcantes desigualdades socioeconômicas entre regiões, estados e, principalmente, municípios (NORONHA; LIMA; MACHADO, C. V., 2012).

A consolidação de um sistema público e universal, fortemente influenciado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, de dimensões continentais e heterogêneo como o Brasil, levanta, pois, desafios relevantes em relação à coordenação federativa (NORONHA; LIMA; MACHADO, C. V., 2012).

De acordo com Noronha, Lima e C. V. Machado (2012), a política de saúde brasileira contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para a acomodação dos diferentes interesses e para a administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e dos estados na saúde.

Os obstáculos estruturais revelam-se nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais (inter-regionais, interestaduais e intermunicipais), nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído (NORONHA; LIMA; MACHADO, C. V., 2012).

Apesar da tentativa de fortalecimento do papel dos Estados na condução política do SUS, por intermédio da ampliação do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite

(CIBs) e do estabelecimento das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPIs), a partir da Norma Operacional Básica n.º 01/96, isso teria sido insuficiente para a organização de redes assistenciais organizadas com base nos preceitos da regionalização (DOURADO; ELIAS, 2011).

Dourado e Elias (2011) apontam que um elemento complicador nesse sentido foi a circunstância das instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros para assumirem essas funções. Os referidos autores explicam que:

Dessa forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter isso desempenhada pelos governos estaduais. Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS na década seguinte, no sentido da regionalização (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 207).

Dessa maneira, em sentido contrário à cooperação, houve disputas por recursos e pelo comando das ações e serviços de saúde entre os governos estaduais e municipais, principalmente porque a atuação do Ministério da Saúde não conseguiu ser eficiente no sentido de criar e estimular os entes subnacionais para que mantivessem relações de cooperação no âmbito sanitário.

Identificou-se, portanto, a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as diferenças de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob pena de perda da eficiência e piores resultados, o que deu origem, no início da década de 2000, à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (DOURADO; ELIAS, 2011).

A regionalização foi enfatizada na NOAS como estratégia necessária para que o processo de descentralização se aprofundasse, simultaneamente, à organização da rede de assistência, oferecendo melhor funcionalidade ao sistema e possibilitando o provimento integral de serviços à população (DOURADO; ELIAS, 2011).

Afirmam Dourado e Elias (2011) que, de fato, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, estabelecendo níveis regionais entre estados e municípios, tais como módulos assistenciais, regiões e macrorregiões, mas atuando sobre a organização político-administrativa instituída, na qual a gestão dos sistemas se encontrava descentralizada para os municípios.

Portanto, no decorrer da década de 1990, houve avanços no que diz respeito à estruturação do SUS, principalmente em decorrência do processo de descentralização político-administrativa, fomentado pela transferência de responsabilidades e recursos do âmbito federal

para os entes subnacionais.

Ocorre que a proposta da NOAS não prosperou em razão de diversos obstáculos, inclusive pelo fato de que já havia uma estrutura política instituída pela municipalização, na qual os gestores resistiam à ideia das secretarias estaduais de saúde possuírem competências para realizar o planejamento regional das ações de saúde, enxergando uma espécie de (re)centralização (DOURADO; ELIAS, 2011).

Assim, ao invés de cooperação, o que se viu foi uma série de disputas entre os governos estaduais e municipais pela administração de serviços, e a ação indutora exercida pelo governo federal não foi suficiente para a criação de espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais (DOURADO; ELIAS, 2011).

O debate em torno da necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo no desenvolvimento das políticas de saúde emergiu em razão da forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização do SUS no período anterior (1998-2002), o qual, devido à intensa normatização ligada aos incentivos financeiros, teria acarretado, entre outros fatores, a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais (LIMA *et al.*, 2011).

Nesse cenário, Dourado e Elias (2011) aduzem que, como proposta de solução a essa questão, se desenvolveu uma espécie de “pacto de gestão”, denominado de Pacto pela Saúde 2006, segundo o qual a efetiva responsabilização dos gestores deveria advir de um acordo de vontades, a partir do qual eles assumiriam compromissos negociados, bem como definiriam metas a serem alcançadas de maneira cooperativa e solidária.

Apresentado como uma inovação capaz de fortalecer a gestão descentralizada do sistema, o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS propôs a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a pactuação de prioridades, objetivos e metas a serem alcançadas no âmbito setorial (LIMA *et al.*, 2011).

Assim sendo, por meio do Pacto pela Saúde 2006, a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização como pedra de toque do sistema, devendo orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais (DOURADO; ELIAS, 2011).

O aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão foram concebidos sob os três componentes que constituíam o Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida consistiu no compromisso entre gestores do SUS para a fixação de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população. Por sua vez, o Pacto em Defesa do SUS tratou de ações concretas e articuladas pelas

três instâncias federativas, com o fim de reforçar o SUS como política de Estado. Já o Pacto de Gestão ensejou alterações nas disposições normativas anteriores, visando o reforço da estratégia de regionalização, contribuindo para o fortalecimento da denominada gestão compartilhada e solidária do SUS (MENICUCCI; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A., 2018).

A proposta de regionalização do Pacto 2006 partiu de uma conjuntura decorrente do êxito do processo de descentralização e municipalização realizado ao longo da década de 1990, bem como levou em consideração os seus efeitos indesejados relativos à atomização do sistema, pretendendo atingir os resultados não alcançados pela NOAS, a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional (DANIEL; ELIAS, 2011).

O objetivo dessa nova proposta foi a redução do protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em benefício de uma maior participação dos Estados. A maior liberdade conferida às entidades subnacionais na condução dos processos de regionalização revelaria a concretização de um rearranjo político ocorrido no nível nacional (DANIEL; ELIAS, 2011).

Consoante Daniel e Elias (2011, p. 209), “a estratégia é flexibilizar a dimensão prescritiva, que vinha sendo priorizada na NOAS, para intensificar o exercício da negociação política, privilegiando os acordos constituídos no contexto estadual/regional”.

O desafio apresentado diz respeito, portanto, à concepção de mecanismos de gestão regional capazes de ser utilizados nas mais variadas regiões do Brasil, levando em consideração a atual concentração política e financeira no âmbito do governo federal e a necessidade de promoção de uma participação mais efetiva dos governos estaduais, preservando-se, simultaneamente, a autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde (DANIEL; ELIAS, 2011).

Os governos estaduais, no âmbito das regiões, tornaram-se responsáveis pela coordenação do processo de planejamento do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos. Por essa razão, a regionalização adquire uma dupla perspectiva no contexto das relações interfederativas: descentralização para os Estados e centralização ou recentralização para os Municípios (DANIEL; ELIAS, 2011).

Por essas razões, o processo de implementação do SUS mostra-se como algo complexo, que depende de inúmeras variáveis e reorganizações político-administrativas no âmbito dos entes federativos, para que se torne algo tangível e eficiente, que cumpra as finalidades constitucionais e infralegais previstas.

Diante disso, conforme se verá no próximo capítulo, o papel do Supremo Tribunal Federal também se revela importante, uma vez que suas decisões podem contribuir para o

delineamento do federalismo cooperativo sanitário no Brasil e, por conseguinte, para o próprio desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

3 O STF E O FEDERALISMO SANITÁRIO COOPERATIVO NO BRASIL

3.1 Jurisdição Constitucional e Federação

Conforme afirmado anteriormente, entre as características imprescindíveis à configuração de uma federação situa-se a existência de um Tribunal Constitucional, ao qual esteja assegurado o papel de guardião das competências destinadas aos entes federativos, para que estes não ultrapassem os limites estabelecidos constitucionalmente no exercício de suas atribuições.

Assim, há uma verdadeira necessidade de que exista uma instância para dirimir divergências entre os membros da federação e, mais além, para decidir divergências dentro de um estado singular, aptas a colocar em risco a paz e a segurança ou a homogeneidade no âmbito da federação (SCHMITT, 1996).

A federação, como tal, possui interesse nas divergências constitucionais no interior de um Estado porque se importa com a conciliação e resolução pacíficas, o que corresponde à uma espécie de satisfação geral relativa à essência de toda federação, de acordo com Schmitt (1996).

Existindo repartição constitucional de poder entre diferentes pessoas políticas, nenhuma delas, naturalmente, será imparcial para solucionar os inevitáveis conflitos de competências relacionados ao exercício de suas respectivas atribuições (GUIMARÃES, 2013).

Portanto, torna-se imprescindível a existência de uma instância independente, conforme afirma Mill (1981, p. 165):

Sob o sistema mais perfeito de federação, onde os cidadãos devem obediência a dois governos, o de seu Estado e o da Federação, é evidentemente necessário não apenas que os limites constitucionais da autoridade de cada um destes governos sejam precisos e claramente definidos, mas também que o direito de decidir as questões entre eles em caso de disputa não pertença a nenhum destes governos, nem a nenhum funcionário subordinado a qualquer um deles, mas sim a um árbitro independente de ambos.

Sendo assim, a decisão, por um tribunal federal, de tais divergências constitucionais que ocorrem em um Estado, encontra-se intimamente relacionada à organização federal e não pode dela ser separada (SCHMITT, 1996).

Entende-se que toda Federação tem vontade total e existência política, entretanto, deve

coexistir com os Estados-membros que a constituem. Nem a existência comum destes pode suprimir a existência daquela nem vice-versa. Não há, também, relação de subordinação entre eles, uma vez que a “Federación consiste tan sólo em esa vinculación existencial y esse equilibrio” (SCHMITT, 1996, p. 352).

A essência da Federação, de acordo com Schmitt (1996), fundamenta-se em um dualismo da existência política, em uma vinculação de coexistência federal e unidade política, de um lado, com uma pluralidade que subsiste, um pluralismo de unidades políticas particulares, de outra banda. Ocorre que uma situação como essa, cujo equilíbrio mostra-se extremamente difícil, enseja muitos conflitos, que precisam ser resolvidos, através de determinadas formas que devem ser pensadas.

A partir de então, compreende-se que eventuais conflitos não podem ser resolvidos por intermédio do direito de secessão, devendo existir um órgão para resolvê-los a partir de parâmetros inicialmente fixados no texto constitucional, emergindo, portanto, a importância de uma Corte Constitucional para a resolução de conflitos federativos, diante da negação tanto do *jus belli* quanto do direito de secessão aos Estados-membros (ARAÚJO, 2009).

Percebe-se, pois, que, em certa medida, a jurisdição constitucional nos Estados federais decorre, sobretudo, da recusa ao direito de secessão, tendo em vista que traduziria uma forma não extremada voltada para a manutenção do equilíbrio federal (ARAÚJO, 2009).

Dispõe Kelsen (2003) que o controle sobre a atividade legislativa dos Estados-membros seria resultado da particularidade organizacional existente no Estado federativo, inserido no controle geral que a Corte Constitucional deve exercer sobre toda a atuação do Poder Legislativo, não somente tendo em vista a conformidade da legislação estadual com a Constituição federal, mas também a constitucionalidade da legislação em sua totalidade, incluindo-se, portanto, as leis federais.

No mesmo sentido, Madison, Hamilton e Jay (1993) destacam a relevância de uma Suprema Corte, no âmbito norte-americano, elencando diversas finalidades que lhes são próprias. Entre elas, encontra-se a autoridade dessa instituição para decidir sobre todos os casos que decorrem das leis dos Estados Unidos, examinados no que diz respeito a seus poderes justos e constitucionais de legislação.

Dessa feita, segundo os Federalistas, deve sempre existir um método constitucional para conferir eficácia aos dispositivos constitucionais, afirmando que:

De que valeriam, por exemplo, restrições ao poder dos legislativos estaduais sem algum modo constitucional de impor a observância das mesmas? Pelo plano da convenção, os Estados estão proibidos de fazer uma variedade de coisas, das quais algumas são incompatíveis com os direitos da União e outras com os princípios do

bom governo. A imposição de taxas sobre artigos importados e a emissão de papel-moeda são exemplos dos dois tipos. Nenhum homem sensato acreditará que tais proibições seriam escrupulosamente obedecidas sem que o governo tivesse algum poder efetivo de restringir ou corrigir suas infrações. Esse poder pode ser exercido ou pelo veto imediato das leis estaduais ou pela atribuição aos tribunais federais da autoridade de revogar aquelas que estejam em contradição manifesta com os artigos da União. Não consigo imaginar uma terceira possibilidade. A segunda foi julgada preferível à primeira pela convenção, o que será, ao que me parece, muito do agrado dos Estados (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993, p. 488).

Outro objetivo de uma Suprema Corte seria decidir todos os casos que se relacionam com a execução dos dispositivos expressamente contidos nos artigos da União. Consoante Madison, Hamilton e Jay (1993, p. 488), “se existem axiomas políticos, a justeza da coextensão entre o poder judicial e o poder legislativo de um governo deve ser incluída entre eles”.

A simples necessidade de que a interpretação das leis nacionais seja uniforme justifica essa atribuição. Isso porque “treze tribunais independentes de jurisdição definitiva sobre as mesmas causas, oriundas das mesmas leis, comporiam no governo uma hidra capaz de gerar apenas contradição e confusão” (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993, p. 488).

Ressalte-se que a existência de uma Corte Federal para apreciar e decidir acerca de divergências inerentes e decorrentes do sistema federativo levanta diversas objeções, restando bastante evidenciado este aspecto de oposição nas discussões expostas por Hamilton, Madison e Jay (1993).

Aqueles que eram contrários ao estabelecimento de uma Corte Suprema alegavam, entre outras coisas, que a autoridade a ela conferida seria superior à do próprio Poder Legislativo, na medida em que se constituiria em um ente autônomo e independente; que o poder de interpretação das leis de acordo com o espírito da Constituição induziria a Corte a exercê-lo conforme sua conveniência, especialmente porque suas decisões não estariam sujeitas à retificação do corpo legislativo (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993).

Entretanto, essas objeções foram refutadas pelos Federalistas, segundo os quais não existiria nenhuma previsão no sentido de conferir aos tribunais nacionais o poder de interpretar as leis segundo o espírito da Constituição, ou que lhes atribuisse maior liberdade que aquela destinada aos tribunais de todos os Estados (MADISON; HAMILTON; JAY, 1993).

Diante disso, resta demonstrada a relevância da jurisdição constitucional para a manutenção do equilíbrio federativo, tendo em vista que ela possui, entre outras funções, um papel fundamental tanto na interpretação constitucional e quanto na resolução de conflitos entre os entes políticos.

Contudo, de acordo com Araújo (2009), há uma preocupação ainda atual em relação aos rumos de uma jurisdição constitucional em Estados Federais, principalmente quando se nota

que existe uma mudança de finalidade na sua utilização na função de estabilização da ordem constitucional.

Assim, alegava-se que a possibilidade do Poder Judiciário examinar a validade de atos legislativos era oriunda da necessidade de reparar arestas entre entidades federadas e a União. No entanto, atualmente, o exercício da jurisdição constitucional acabaria revertendo aquela ordem, uma vez que, não raramente, subverteria sua finalidade ao legitimar, judicialmente, a centralização de poderes, o que resultaria, conseqüentemente, em um desequilíbrio, que é justamente aquilo que ela busca combater (ARAÚJO, 2009).

Em razão da adoção do regime federativo no Brasil, a Constituição, a jurisprudência e as autoridades constitucionais americanas tornaram-se relevantes fontes de interpretação no âmbito jurídico brasileiro. Como afirma Rodrigues (1992, p. 13), “nenhum debate constitucional importante, [...] nenhuma grande decisão do Supremo Tribunal Federal passou sem a citação de precedentes ou de constitucionalistas americanos”.⁴

De acordo com Schwartz (1966), ao realizar a análise do federalismo norte-americano, afirma que o seu elemento mais característico é a confirmação do federalismo pelo Poder Judiciário.

Em relação à experiência americana, afirma-se que, para a manutenção da descentralização política exigida pelas diversas comunidades de ex-colonos ingleses não seria suficiente a mera delegação legislativa, precária, do ente central aos periféricos. Também seria inegociável que certas competências legiferantes infranacionais fossem asseguradas diretamente pela Constituição (GUIMARÃES, 2013).

Porém, como indaga Guimarães (2013), quem seria o responsável pela vigília das fronteiras constitucionais? Como seria possível conter as pressões do jogo político ordinário e de suas maiorias de plantão?

Dessa forma, para que um sistema federativo funcionasse de maneira eficiente, tornava-se necessária a existência de um mecanismo apto a assegurar que a divisão da autoridade estabelecida no instrumento orgânico fosse fielmente obedecida.

Alguém teria expressado, durante a Convenção de 1787, ocasião na qual foi elaborada a Constituição americana, que as fraquezas que tornaram sem efetividade a Confederação de Estados criada após a Revolução Americana deveriam ser evitadas no novo sistema, devendo

⁴ Nesse mesmo sentido, mencione-se o art. 386 do Decreto n.º 848, de 11 de outubro de 1890, que assim previu: “[...] Os estatutos dos povos cultos e especialmente os que regem as relações jurídicas na República dos Estados Unidos da América do Norte, os casos de common law e equity, serão também subsidiários da jurisprudência e processo federal.” (BRASIL, 1890, não paginado).

este incorporar uma espécie de “princípio primitivo”, que consistia em definir se isso seria alcançado por meio da coerção da lei ou da coerção pelas armas (SCHWARTZ, 1966).

No que tange especificamente aos primórdios da República americana, a solução dessa questão não estava completamente correta, mas, durante o século XIX, restou estabelecido que a linha divisória entre os poderes nacionais e estaduais deveria ser traçada pela Corte Suprema Federal. Dessa feita, o papel deste Tribunal seria, essencialmente, fazer prevalecer a cláusula da supremacia nacional da Constituição, de acordo com Schwartz (1966, p. 62):

Assim, a Corte Suprema dos Estados Unidos, exercendo o seu poder de controle judicial em cumprimento à cláusula de supremacia, é que constitui o árbitro supremo do sistema federativo. E poucas funções [...] desse tribunal são de maior importância prática. É o mais alto tribunal que assegura que a autoridade nacional não seja frustrada pela “colcha de retalhos” das leis locais em conflito. Ao mesmo tempo, é essa entidade que garante que os Estados não serão finalmente tragados pelo Governo de Washington. Na verdade, é difícil conceber como um sistema federativo igual ao americano poderia funcionar na prática se o poder atualmente exercido pela Corte Suprema não fosse atribuído a um tribunal semelhante a ele.

Para um observador comparador, pode parecer estranho que o Poder Judiciário seja o fundamento sobre o qual gira o sistema constitucional, fato que o induziria a afirmar, certamente, que a divisão apropriada da autoridade no âmbito do sistema federal se trata de uma questão a ser solucionada não pelo juiz, mas sim pelo legislador (SCHWARTZ, 1984).

Entretanto, Schwartz (1984) assevera que, mesmo que se admita que uma assembleia, tal como o Congresso, que reflete diversos interesses regionais, pudesse adquirir a ampla visão e imparcialidade necessárias para a resolução de diversas matérias, seria difícil saber quando ela encontraria tempo para essa tarefa, uma vez que tem que lidar com as suas tarefas legislativas habituais.

Ressalte-se, porém, que não é cabível a afirmação segundo a qual a Corte Suprema dos Estados Unidos tem sido um instrumento perfeito para a execução do federalismo americano ou que ela tenha sido tão efetiva em todos os casos a ela submetidos quanto poderia ter sido.

Contudo, conforme Schwartz (1984), de maneira geral, o desempenho do Judiciário nessa esfera conduziu a um resultado muito mais louvável do que se esperaria da atuação de uma assembleia legislativa.

Dessa maneira, a Corte Suprema permanece sendo imprescindível para que sejam cumpridos os aspectos do federalismo americano. “Se o Congresso não age, a palavra final deve ser dada à Corte Suprema ou aos legislativos estaduais. Há pouca dúvida sobre em qual deles se pode confiar mais para proteger o interesse nacional” (SCHWARTZ, 1984, p. 24).

Em relação à atuação da Suprema Corte nos Estados Unidos, é importante observar que

ela refletiu as demandas sociais presentes em dado momento. Dessa maneira, os pesquisadores conseguiram identificar determinados períodos que marcam certas tendências, ora centralizadoras aos poderes da União, ou descentralizadoras, através da minimização da atuação do ente central e favorecimento do exercício do poder político pelas entidades subnacionais.

Nesse viés, no período posterior à criação da Suprema Corte estadunidense até 1935, houve a maior contribuição americana ao direito constitucional, ou seja, o estabelecimento do princípio da supremacia do Judiciário ou o poder jurisdicional do controle de constitucionalidade das leis, cabendo ao *Chief Justice* John Marshall firmá-lo, de maneira duradoura, por meio do emblemático caso *Marbury v. Madison* (RODRIGUES, 1992).

Proclamava-se, assim, oficialmente, o princípio exposto por Hamilton em “O Federalista”, no artigo nº 78, segundo o qual a Constituição seria uma lei e, como tal, deveria estar submetida à interpretação judicial. Simultaneamente, firmava-se o princípio de incumbir à Corte Suprema a guarda da Constituição (RODRIGUES, 1992).

No mesmo sentido, Barbosa (1983) afirma que a soberania constitucional investe os tribunais da União no poder de interpretar as cláusulas da Constituição, protegendo-as contra o arbítrio dos Poderes Legislativo ou Executivo.

Não bastava, no entanto, estabelecer o princípio do controle jurisdicional da constitucionalidade das leis. Era necessário firmar, ainda, o princípio da supremacia da Corte Suprema sobre os judiciários dos Estados e o federal (RODRIGUES, 1992).

Alcançou-se esse objetivo por meio do julgamento do caso *Martin v. Hunter’s Lessee*, em 1816, no qual se discutia a jurisdição recursal da Corte Suprema. Fixou-se o poder de reformar as decisões dos tribunais estaduais e federais em questões de direito constitucional, argumentando-se a favor de uma interpretação ampla e liberal em benefício do governo federal (RODRIGUES, 1992).

Além disso, de acordo com Rodrigues (1992), estabelecido o princípio da supremacia do Poder Judiciário, era necessário complementá-lo com o da afirmação da supremacia nacional, o que ocorreu no caso *McCulloch v. Maryland*, no qual a Corte Suprema declarou a constitucionalidade da lei federal que instituía o segundo Bando dos Estados Unidos e inválida a lei estadual de Maryland, tributando-o.

Posteriormente, o presidente da Corte Suprema, Roger Taney, em um de seus pronunciamentos mais conhecidos, realizado nos *Booth Cases*, rejeitou o posicionamento de Marshall referente à supremacia do governo federal, e passou a adotar, por conseguinte, a ideia de um duplo federalismo, de acordo com o qual o governo federal e os estaduais possuem esferas exclusivas de autoridade e cada um deles detém supremacia no seu próprio âmbito de

competência. Assim, à Corte Suprema somente caberia o papel de árbitro entre os dois poderes independentes e soberanos (RODRIGUES, 1992).

Portanto, segundo a doutrina do Duplo Federalismo ou do Federalismo Dualista, tanto ao Governo federal quanto aos estaduais são atribuídas áreas de poder rigorosamente adstritas. Assim, desde que permanecessem dentro de seus respectivos limites, os atos dos entes políticos seriam válidos e não seriam contestados pelos tribunais. No entanto, se ultrapassassem tais limites, os seus atos seriam considerados *ultra vires* e nulos (SCHWARTZ, 1966).

Dessa maneira, afirma-se que essa concepção de federalismo se formou com base no princípio da competição entre os estados e a União, conforme Schwartz (1996, p. 63):

Os estados e a nação são considerados como rivais no mesmo plano de igualdade e, a menos que se estabeleça uma delimitação rigorosa de suas respectivas competências, tem-se que própria união possa ser rompida em consequência dessa rivalidade. Isso é uma grande verdade, especialmente no que concerne à ampliação da autoridade federal.

Sob a presidência de Chase, a Corte Suprema concedeu grande extensão ao poder nacional e condenou um número maior de leis estaduais. Muitas dessas decisões eram relativas ao poder de tributar e às isenções fiscais, à supremacia nacional em conexão com a guerra e a existência do estado de guerra, confirmando-se o poder de expropriação e confisco dos bens do inimigo (RODRIGUES, 1992).

O tempo demonstrou, porém, que a separação completa entre o poder federal e os estaduais exigida pelo federalismo dualista foi, naturalmente, muito difícil de se alcançar na prática, uma vez que a linha divisória entre a autoridade nacional e a estadual não foi traçada com precisão matemática na Constituição americana (SCHWARTZ, 1966).

Isso porque, nos casos em que determinada área se sujeitava à autoridade regulamentadora dos estados e da nação, simultaneamente, o conceito de federalismo dual demandaria que se definisse qual o campo de operação permitido ao Governo federal e qual seria de jurisdição exclusiva dos estados.

No sistema constitucional americano, de acordo com os ensinamentos de Schwartz (1966), esse delineamento foi considerado uma função judicial que deveria ser exercida, decisivamente, pela Suprema Corte, sediada em Washington.

A partir dos *Slaughter House Cases*, conforme Rodrigues (1992), ocorreu uma significativa mudança de posicionamento da Corte, entre os anos 1873 e 1880, uma vez que ela passou a proteger os direitos dos Estados e a reagir contra as doutrinas nacionalistas extremadas.

De 1880 a 1890, porém, a Suprema Corte manifestou-se pela manutenção dos poderes

do Governo Nacional, através de uma interpretação liberal da Constituição, assim como ampliou o âmbito da jurisdição e poderes do Governo Nacional (RODRIGUES, 1992).

No terceiro período da história da Suprema Corte, de 1895 até 1937, em relação ao federalismo, houve uma nítida restrição à doutrina estabelecida por Marshall nos casos *McCulloch v. Maryland* e *Gibbons v. Ogden*, que previa serem gerais os poderes do Congresso e justificada a invasão da área reservada aos Estados, quando existissem legítimos fins nacionais (RODRIGUES, 1992).

Em relação ao quarto período da Corte Suprema, a partir de 1937, afirma Rodrigues (1992) que houve um abandono da doutrina do *laissez faire*, relegando-se ao esquecimento a jurisprudência restritiva dos poderes do Governo, reconhecendo-se e aceitando-se a expansão das atividades nacionais.

Nesse viés, consoante Schwartz (1966, p. 207),

Se o Estado deve efetivamente executar as inúmeras funções que a opinião pública moderna exigiu que ele efetuasse, só pode fazê-lo pela intervenção nos negócios sociais e econômicos numa escala nacional. A ação governamental limitada ao plano local raramente se pode mostrar eficaz quando os problemas a serem tratados são de âmbito nacional. Nos Estados Unidos, porém, a ação por parte do Governo federal era dificultada pela doutrina do federalismo dualista [...].

Levando-se em consideração que o federalismo é um conceito dinâmico e que as linhas delimitadoras das atividades da União e dos Estados são essencialmente móveis e flexíveis, passou-se a uma nova concepção, denominada de Federalismo Cooperativo, que superou, portanto, a doutrina do Duplo Federalismo (RODRIGUES, 1992).

A doutrina do *laissez faire*, que servia de amparo para o funcionamento da autoridade governamental dos Estados Unidos desde a fundação da República, acabou provando ser inteiramente inadequada para atender os problemas decorrentes da grande depressão econômica iniciada em 1929. Passou-se ao entendimento de que a economia nacional somente poderia ser reestabelecida pela extensão da intervenção do Governo federal (SCHWARTZ, 1966).

O federalismo norte-americano não seria mais controlado, segundo Schwartz (1966), pelo conceito de igualdade entre os estados e a nação, mas sim pela supremacia do Governo sediado em Washington. No entanto, o autor tece críticas a esse modelo, argumentando que, apesar do provável crescimento da autoridade federal de maneira incontestável nos Estados Unidos, é bem possível que, futuramente, isso enseje uma completa abolição dos Governos estaduais.

Em que pese os estados americanos parecerem estar declinando, cada vez mais, de sua posição de soberanias independentes, como possuíam quando da fundação da República, a

continuação deles como entidades governamentais separadas parece estar, na lição de Schwartz (1966), assegurada, uma vez que eles podem até estar sob um controle federal mais intenso, mas, segundo o autor, é improvável que recorram ao Governo de Washington para determinar o seu comportamento.

Por todo o exposto, evidencia-se que, apesar de inúmeras críticas, a Suprema Corte dos Estados Unidos exerce um protagonismo na definição do desenho federativo no decorrer de sua história e serviu de inspiração para a formação de outros Tribunais Constitucionais em países que adotaram o federalismo como forma de organização político-territorial, como o Brasil, conforme será demonstrado no tópico que se segue.

3.2 O STF e o federalismo brasileiro

De acordo com Mendes e Branco (2014), o Supremo Tribunal Federal teria sido criado em 1828 e instalado em 09 de janeiro de 1829, com a denominação de Supremo Tribunal de Justiça. Tratar-se-ia, pois, do órgão judicial brasileiro mais antigo, ao qual cumpre, atualmente, a função de órgão de cúpula do Poder Judiciário, além de diversas outras funções.

Não obstante isso, prevalece a compreensão de que o Supremo Tribunal Federal não seria a continuação do Supremo Tribunal de Justiça criado no período imperial. Consoante explica Paixão (2007, p. 114) que:

Embora ambos tenham sido, em suas épocas, a mais alta corte do Poder Judiciário, e embora a transição tenha sido feita com o aproveitamento da maior parte dos juízes do Tribunal imperial, foram atribuídas ao Tribunal republicano responsabilidade e relevância muito maiores do que as conferidas a seu antecessor. Portanto, ainda que o próprio Supremo Tribunal Federal tenha comemorado, em 1978, seus cento e cinquenta anos de existência (remontando sua origem à instalação do Supremo Tribunal de Justiça, durante o reinado de Dom Pedro I, em 1828), assume-se [...] que o Supremo Tribunal Federal nasceu junto com a Presidência da República, o Federalismo, o controle de constitucionalidade e outras inovações trazidas pela Proclamação da República e pela Constituição de 1891.

Assevera-se que a história do Supremo Tribunal Federal seria a coletânea da história da República brasileira, porque foi com a sua proclamação, em 15 de novembro de 1889, que teria surgido o Supremo Tribunal Federal como Poder Político, nos moldes da Suprema Corte norte-americana (ROCHA, F. L. X., 1997).

Com a instalação da República, o Estado, que antes era unitário e no qual não havia atritos mais sérios entre o governo central e os das Províncias, em razão da subordinação destes àquele, torna-se federal, com a consequente delimitação das esferas de competência entre a

União e os Estados-membros, exigindo-se um Poder incumbido de fiscalizar a sua observância (STF, 2013).

Nesse sentido, afirma Arantes (1997, p. 70) que:

No que diz respeito ao Judiciário, a discussão política aproximou-se muito daquela realizada pelos constituintes norte-americanos. Uma vez instalado o federalismo com tripartição de Poderes, como seria feita a organização do Judiciário no nível nacional? Uma Justiça só para cuidar de matérias da União e dos estados ou a divisão da magistratura em federal e estadual? Em caso de conflito entre os componentes da federação, a quem caberia o papel de árbitro, de última instância? Haveria alguma forma de garantir o cumprimento da Constituição, frente a ações arbitrárias de alguns dos Poderes de Estado? Estas foram algumas das questões que a Constituinte teria que resolver.

O Decreto nº 510, de 22 de junho de 1890, denominado de Constituição Provisória, teria sido o primeiro instrumento normativo que previu a criação, composição e competência do Supremo Tribunal Federal. No entanto, o Decreto n.º 848, de 11 de outubro de 1890, foi o responsável por ter transformado o Supremo Tribunal de Justiça da Constituição Imperial de 1824 em Supremo Tribunal Federal (ROCHA, F. L. X., 1997).

Assim, de acordo com a Exposição de Motivos do Decreto n.º 848/1890, a magistratura naquele momento instalada no país, graças ao regime republicano, não se tratava de um instrumento cego ou meramente de um intérprete da execução dos atos do Poder Legislativo, uma vez que, antes de aplicar a lei, caberia ao Poder Judiciário o direito de exame, podendo dar-lhe ou recusar-lhe sanção, se entender que ela estaria conforme ou contrário à Constituição (SALLES, 1890).

Houve, portanto, uma relevante modificação nas atribuições do Poder Judiciário, conforme a nova estrutura prevista no modelo republicano:

Aí está a profunda diversidade de índole, que existe entre o Poder Judiciário no regime decaído e aquele que agora se inaugura calcado sobre os moldes democráticos do sistema federal. De Poder subordinado, qual era, transforma-se em Poder soberano, apto na elevada esfera de sua atividade para interpor a benéfica influência de seu critério decisivo, a fim de manter o equilíbrio, a regularidade e a própria independência dos outros Poderes, assegurando, ao mesmo tempo, o livre exercício dos direitos do cidadão (ARANTES, 1997, p. 71).

A primeira Constituição da República, de 24 de fevereiro de 1891, por sua vez, introduziu uma nova concepção de Poder Judiciário, sob a influência da doutrina constitucional americana, que contribuiu para que se conferisse ao Supremo Tribunal Federal a função de guardião da Constituição e da ordem federativa, através da previsão, em seu artigo 59, parágrafo 1º, alínea c, da competência para que decidisse sobre causas e conflitos entre a União e os Estados ou entre Estados-membros (MENDES; BRANCO, 2014).

O Supremo Tribunal Federal, então, foi instalado e integrado por quinze ministros, a maioria deles advinda do extinto Supremo Tribunal de Justiça do Império, sendo-lhe conferido, expressamente, o poder de declarar a inconstitucionalidade das leis (art. 59, § 1º, b), surgindo, dessa maneira, o controle jurisdicional da constitucionalidade das leis no Brasil (ROCHA, F. L. X., 1997).

Ressalte-se que tal controle de constitucionalidade estabelecido em decorrência da primeira Constituição republicana foi o controle difuso, isto é, aquele atribuído a todo e qualquer órgão judicial para deixar de aplicar, de acordo com o caso concreto, lei ou ato normativo em sentido contrário ao texto constitucional (ROCHA, F. L. X., 1997).

No exercício dessa função de controle, o Supremo Tribunal Federal, inicialmente, considerou que era incompetente para a apreciação de algumas questões, sob o fundamento de serem de natureza meramente estadual. Assim, em sua fase inicial, isto é, de 1891 a 1898, não foi possível exigir, imediatamente, a nítida consciência da função política atribuída ao Supremo Tribunal Federal através do controle de constitucionalidade imprescindível para o equilíbrio federativo (PAIXÃO, 2007; STF, 2003).

Entre as razões para esse posicionamento, afirma-se que as lições do direito constitucional dos Estados Unidos ainda não eram tão amplamente propagadas, conforme explanado a seguir:

Dois terços dos Ministros vinham do Supremo Tribunal de Justiça, trazendo, portanto, o condicionamento das limitações dele. Em nossos meios jurídicos, era escassa a divulgação da doutrina constitucional norte-americana. Explicáveis, pois, suas omissões e vacilações em face do Legislativo e do Executivo, defeitos que aos olhos da opinião pública pareciam maiores pelo desfavorável confronto da realidade próxima com a imagem ideal de perfeição que se ia criando em torno da distante Supremo Corte americana (STF, 2003, p. 12).

Com o passar do tempo, o referido tribunal passou a enfrentar, frequentemente, questões de interesse dos Estados, assumindo seu papel natural de árbitro do federalismo (PAIXÃO, 2007). Nesse sentido, “as hesitações foram sendo afastadas pela rápida renovação de seus Ministros e pelo suceder de causas com intensa repercussão política, freqüentes nos tempestuosos anos em que perigaram as instituições republicanas e as liberdades civis” (STF, 2003, p. 12).

A partir do momento em que se tornou mais atuante, o Supremo Tribunal Federal começou a ser pressionado em decorrência de diversos interesses, assim como aconteceu e ainda acontece com a Suprema Corte americana, citando-se, por exemplo, as tentativas, junto ao Poder Legislativo, de *impeachment* de seus juízes ou de alteração do número deles (STF,

2003).

Nesse sentido, em 1893, por haver o Supremo Tribunal Federal declarado a invalidade do Código Penal da Armada, sob a alegação de que o Ministro da Marinha não poderia editá-lo após a vigência da Carta de 1891, Floriano Peixoto deixou de empossar o seu Presidente, assim como não preencheu sete vagas, para as quais, posteriormente, foram nomeados dois generais e um médico, designações estas que não foram aprovadas pelo Senado (STF, 2003).

Conforme Arantes (1997), o Supremo Tribunal da Primeira República foi organizado com base em um tripé: 1. instância única de julgamento de altas autoridades do governo federal, de conflitos entre componentes da federação e conflitos de jurisdição entre os diversos órgãos judiciais; 2. instância de recursos da justiça federal e 3. instância de recurso das justiças estaduais, quando estas negassem a aplicação de direito federal ou confirmassem atos e leis dos governos estaduais questionados perante a Constituição ou lei federal.

A partir desse tripé, pretendia-se a estruturação de um Supremo Tribunal detentor das funções de árbitro da federação e juiz dos assuntos da União, além de guardião dos direitos e garantias individuais, principalmente por meio do *habeas corpus* (ARANTES, 1997).

Dessa feita, o peso do argumento federalista teria sido relevante não apenas pelas proibições à intervenção da justiça federal em assuntos da justiça estadual, e vice-versa, mas também pela própria posição do STF em relação aos tribunais e juízes locais, uma vez que não manteve com estes nenhuma hierarquia administrativa ou judicial, exceto nos casos previstos no artigo 59 (interpretação da Constituição e do Distrito federal) e nos casos de *habeas corpus*, quando cabia recurso voluntário ao tribunal superior (ARANTES, 1997).

Consoante os ensinamentos de Arantes (1997), as funções de árbitro da federação, de tribunal dos assuntos da União e de guardião dos direitos e garantias individuais marcam, ao menos constitucionalmente, a fundação do Supremo Tribunal Federal e irão acompanhá-lo no decorrer de todo o período republicano.

De 1899 a 1909, a atuação da Corte relacionou-se, precipuamente, às questões concernentes ao federalismo. A doutrina e a jurisprudência americanas já eram citadas recorrentemente nos trabalhos jurídicos, nas decisões judiciais e nos debates parlamentares. Entretanto, em algumas ocasiões, o Supremo Tribunal Federal afastava-se da orientação do constitucionalismo americano (STF, 2003).

Nesse viés, enquanto Campos Sales admitia a soberania dos Estados e inaugurava a “política dos governadores”, o Supremo Tribunal Federal assegurava que somente a União era soberana, em sentido contrário ao trilhado pela Suprema Corte dos Estados Unidos, que deixava à apreciação das Justiças estaduais as violações da Declaração de Direitos ocorridas em seus

territórios, não determinando a aplicação integral da Constituição em todo o território do país (STF, 2003).

Nesse período, também, foram ajuizadas diversas questões sobre fronteiras entre Estados, que foram declaradas inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal, uma vez que se tratavam de leis e decretos estaduais que estabeleciam barreiras alfandegárias em prejuízo ao comércio interestadual, refletindo uma verdadeira guerra tributária (STF, 2003).

Nota-se, ademais, que a condição de destaque alcançada pelo STF se refere muito mais a sua posição de órgão superior do Poder Judiciário do que a uma forma especial de controle da constitucionalidade das leis, diferente daquela atribuída aos juízes de primeira instância (ARANTES, 1997).

Apesar de, como instância final de recurso, o STF detivesse quase sempre a palavra final a respeito dos conflitos constitucionais, esta não possuía amplitude maior do que a dos juízes inferiores. Assim, entre as competências originárias e privativas do STF não se encontrava nenhum mecanismo de controle direto e abstrato das leis e, no todo, nenhuma disposição que conferisse maior efeito as suas decisões do que aquele determinado pelo modo incidental de julgamento (ARANTES, 1997).

De 1910 a 1930, período no qual ocorreram as intervenções nos Estados e em que, a partir de 1922, deram-se sucessivos levantes militares, o Supremo Tribunal Federal julgou questões de grande repercussão política, sendo amplamente utilizado o *habeas corpus* para a contenção da repressão do governo, dentro dos limites legais (STF, 2003).

Em 08 de novembro de 1931, conforme Arantes (1997), o governo provisório de Getúlio Vargas publicou o Decreto n.º 19.656, por meio do qual, entre outras coisas, reduziu de quinze para onze o número de ministros do Supremo Tribunal Federal.

Quinze dias depois, outro decreto determinou a aposentadoria sumária de seis juízes, entre os quais se encontravam alguns notórios opositores das forças revolucionárias de 1930, sob a alegação, à época, de que “imperiosas razões de ordem pública reclamam o afastamento de ministros que se incompatibilizam com as suas funções por motivo de moléstia, idade avançada ou outros de natureza relevante” (ARANTES, 1997, p. 79-80).

A Constituição de 1934, por sua vez, conforme Mendes e Branco (2014), estabeleceu os fundamentos de uma nova ordem democrática, concebendo o Supremo Tribunal Federal, então chamado de Corte Suprema, integrado por 11 membros, podendo o legislador elevar esse número para 16, através de proposta do próprio Tribunal, bem como manteve as competências básicas anteriormente definidas pela Constituição de 1891.

A Corte Suprema de 1934 teria sido organizada com base no mesmo tripé da

Constituição precedente: 1. competência originária e privativa de julgamento de altas autoridades da União, de conflitos federativos e de conflitos de jurisdição entre os diversos órgãos judiciais; 2. em sede de recurso ordinário, instância superior da justiça federal e 3. em sede de recurso extraordinário, instância revisora das decisões das justiças estaduais que negassem aplicação de direito federal ou confirmassem atos e leis locais impugnados diante da Constituição e leis federais (ARANTES, 1997).

No que diz respeito ao controle de constitucionalidade das leis, apesar da permanência do controle difuso, ensina Arantes (1997) que a Constituição de 1934 introduziu duas novidades, ou seja, a competência do Senado Federal de suspender a execução, total ou parcialmente, de qualquer lei ou ato, deliberação ou regulamento que tivessem sido declarados inconstitucionais pelo Poder Judiciário e a competência do Supremo Tribunal Federal para julgar a constitucionalidade de lei, mediante a provocação do Procurador Geral da República, que determinasse a intervenção federal nos Estados em que não houvesse obediência a determinados princípios constitucionais e decretação de suas leis e constituições.

A segunda inovação foi considerada de extrema relevância, tendo em vista se tratar da primeira forma de ação direta sobre a constitucionalidade de lei no Direito brasileiro, bem como, simultaneamente, versar sobre conflitos federativos, reforçando o papel do STF como árbitro nestes litígios (ARANTES, 1997).

Portanto, além de inovar em relação ao controle constitucional, uma vez que a apreciação do tribunal ocorreria sobre a lei em si, através da confirmação ou negação de sua validade constitucional, diferentemente do modelo incidental até então conhecido, a Carta de 1934 reconheceu que, em caso de conflito entre a União e os Estados, ambos eram partes, vontades parciais e contraditórias, o que demandava a necessária presença de um árbitro superior, a Corte Suprema (ARANTES, 1997).

Em 10 de novembro de 1937, a ordem constitucional de 1934 foi superada pela Carta outorgada por Getúlio Vargas, conhecida como “Constituição Polaca”, que traduziu uma ruptura histórica constitucional brasileira (MENDES; BRANCO, 2014).

Integrado por onze Ministros, o Supremo Tribunal Federal, nesse momento, recuperou a sua denominação tradicional, que havia sido alterada para Corte Suprema no decorrer da vigência da Constituição de 1934 (PAIXÃO, 2007).

A autonomia do Tribunal foi mais uma vez desrespeitada, visto que o presidente e o vice-presidente do Supremo Tribunal Federal, que até então eram eleitos pelos seus pares, passaram a ser nomeados pelo Presidente da República, em decorrência do Decreto-Lei n.º 2.270, de 11 de novembro de 1940 (COSTA, E. V., 2006; STF, 1993).

Nessa nova Constituição, apesar das competências do Supremo Tribunal Federal não terem sofrido alterações substanciais, “é certo que o parâmetro de controle dentro do qual deveria atuar o Tribunal era a Constituição de 1937, de índole autoritária senão totalitária” (MENDES; BRANCO, 2014, p. 959).

Nesse viés, a organização judiciária e a forma de controle constitucional na Carta de 1937 não teve muita influência em relação a temas como equilíbrio de poderes, conflitos federativos, garantias individuais etc., tendo em vista que previu a Presidência da República como “único poder soberano possível, o único árbitro da federação e a única fonte da qual poderiam emergir quaisquer direitos sociais e individuais” (ARANTES, 1997, p. 86).

Assim, a Carta de 1937 restringiu, em seu artigo 96, o controle de constitucionalidade exercido pelo Supremo Tribunal Federal, permitindo ao Executivo, sempre que aquele órgão declarasse a inconstitucionalidade de uma lei que, a critério do Presidente, fosse considerada necessária ao bem-estar do povo ou à promoção do interesse nacional, submetê-la novamente ao exame do Congresso, o qual, se a confirmasse por dois terços de votos de cada uma das Câmaras, tornaria sem efeito a decisão do Tribunal (COSTA, E. V., 2006).

Essa prerrogativa teve um efeito meramente simbólico, na medida em que, a partir de 1937, o Congresso foi dissolvido e Getúlio Vargas passou a governar por meio de decretos (COSTA, E. V., 2006).

Desde então, coube ao Presidente confirmar algum dispositivo de decreto-lei declarado inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal. Explica E. V. Costa (2006, p. 78-79) que:

O Supremo Tribunal Federal, que ao longo da Primeira República conquistara paulatinamente e a duras penas o seu papel de Terceiro Poder, ao qual cabia decidir da constitucionalidade dos atos do Executivo e do Legislativo, viu ruir boa parte do trabalho realizado desde a sua criação, em 1891. Além disso, se durante a Primeira República a frequente renovação do estado de sítio inibira muitas vezes sua atuação, dando margem a toda sorte de abusos contra os cidadãos, que não dispunham da menor garantia e podiam ser presos e assim permanecerem sem a existência de processo por meses, sem que o Tribunal pudesse agir em seu favor, a situação ficou ainda mais grave depois da inclusão, pelas Constituições de 1934 e 1937, respectivamente, dos estados de emergência e de guerra, com a suspensão das garantias constitucionais. A utilização reiterada desse instrumento pelo governo Vargas paralisou a ação que o Supremo Tribunal Federal desempenhara, bem ou mal, durante a Primeira República, em defesa da liberdade dos cidadãos.

Com o fim do regime autocrático estabelecido na Constituição de 1937, houve a elaboração de uma nova Constituição democrática, que entrou em vigor em 19 de setembro de 1946, restabelecendo-se o funcionamento das instituições político-representativas, através da remoção dos principais instrumentos autoritários da Carta de 1937 e do Estado Novo (ARANTES, 1997).

Após a deposição de Getúlio Vargas, o Ministro José Linhares, no exercício da Presidência da República, restaurou a tradição da eleição do Presidente e Vice-Presidente da Corte por seus pares (STF, 1993).

Adverte E. V. Costa (2006), entretanto, que a derrocada de Vargas não representaria o fim do Estado Novo, uma vez que o legado deste persistiu em diversas práticas e instituições da Quarta República, apesar da restauração do sistema liberal democrático, representativo e federativo, baseado nos Três Poderes harmônicos e independentes entre si.

Recuperada sua autonomia, uma das medidas de maior impacto sobre o Supremo Tribunal Federal nesse período foi a criação do Tribunal Federal de Recursos, que, segundo o art. 104, II, da Constituição de 1946, competia julgar, em segunda instância, as causas em que a União Federal tivesse interesse (PAIXÃO, 2007).

Tal modificação trouxe duas consequências importantes: primeiramente, porque solucionou, parcialmente, o problema da sobrecarga de trabalho que se abatia sobre o STF, por meio da transferência do papel de segunda instância dos assuntos envolvendo a União para o TRF; segundo, porque, livrando-se dessa atribuição, salientou-se o papel de árbitro da federação nos conflitos políticos e de jurisdição, bem como o papel de guardião da Constituição (ARANTES, 1997).

Diante disso, Arantes (1997, p. 92) afirma que “a partir de 46, a posição do STF vai sendo depurada no sentido de transformá-lo mais numa Corte das questões federativas e constitucionais e menos numa Corte dos assuntos da União”.

Quanto ao federalismo, o Supremo Tribunal Federal, através de seus julgados, fez um esforço de padronização, que resultou na adoção, pelos Estados, de regras semelhantes às previstas para a União, o que teria sacrificado, em alguma medida, a autonomia estadual (PAIXÃO, 2007).

No que tange à jurisdição, afirmam Mendes e Branco (2014) que adquiriu relevo a representação interventiva proposta pelo Procurador-Geral da República em face de lei ou ato normativo estadual que, eventualmente, infringisse princípios sensíveis (art. 8º, parágrafo único, c/c o art. 7º, VII). Nessa situação, a intervenção federal subordinava-se à declaração de inconstitucionalidade do ato pelo Supremo Tribunal Federal (art. 8º, parágrafo único). Além disso, a arguição de inconstitucionalidade direta foi amplamente utilizada nesse período.

Entretanto, em 31 de março de 1964, inicia-se novo ciclo revolucionário, culminando com o encerramento da vigência da Constituição de 1946, em virtude da edição do Ato Institucional n. 1, de 09 de abril de 1964, que institucionalizou o Movimento Militar (MENDES; BRANCO, 2014).

Consta que esse ato discricionário, apesar de manter quase que totalmente a Carta de 1946, criou uma ambiguidade jurídica e um paradoxismo institucional de convivência. Assim, conforme Vale (1975, p. 31):

Esta situação, responsável pelos conflitos entre o Supremo Tribunal Federal e o executivo-revolucionário durante o Governo Castelo Branco – que, por mais que tenha sido politicamente hábil e relevantemente bem intencionado –, não evitaria as permanentes investidas contra aquela Egrégia Corte, por parte dos setores militares ortodoxos.

O Ato Institucional n. 2, de 02 de outubro de 1965, modificou significativamente a ordem constitucional existente, alterando, também, a quantidade de Ministros do Supremo Tribunal Federal, de 11 para 16 (art. 6º), bem como suspendeu as garantias da magistratura (art. 14).

Nesse período, os poderes do Supremo Tribunal Federal no âmbito da ordem jurídica não institucional foram aumentados. Ademais, a Emenda Constitucional n. 16/65 criou o controle de constitucionalidade dos atos normativos federais e estaduais em sede de ação direta, exclusivamente por iniciativa do Procurador-Geral da República, dando-lhe o monopólio de julgamento (STF, 1993).

Informa Paixão (2007) que, apesar de existir na Constituição de 1934 a representação interventiva, seu alcance não caracterizou um mecanismo de controle abstrato de constitucionalidade, como o então previsto naquele momento.

Em 1967, uma nova Constituição foi promulgada, uma vez que a anterior, inúmeras vezes emendada e profundamente alterada pelos Atos Institucionais, mostrava-se inadequada à nova realidade política decorrente do regime instaurado em 1964 (PAIXÃO, 2007).

Nesse contexto, o Legislativo e o Judiciário sofreram expressivas modificações, pois, à semelhança do que aconteceu no Estado Novo, os poderes do Executivo foram aumentados sobremaneira e seus atos escapavam ao controle judicial (COSTA, E. V., 2006).

Com o advento da Constituição de 1967, a ordem institucional foi restabelecida, mantendo-se a composição do Supremo Tribunal Federal, com 16 Ministros, bem como sua competência tradicional. Foram preservadas, ademais, a representação interventiva e a representação de inconstitucionalidade (MENDES; BRANCO, 2014).

A Carta de 1967 também declarou que os atos praticados pelo Comando Supremo da Revolução restavam aprovados e excluídos de apreciação judicial, assim como outros, inclusive de natureza legislativa, fundados em Atos Institucionais e Complementares (STF, 1993).

O Ato Institucional n.º 5, de 13 de dezembro de 1968, outorgou ao Presidente da

República poderes excepcionais, que lhe permitiam atuar, sem apreciação do Poder Judiciário, na ordem institucional, que se sobrepunha à da Constituição vigente. Com isso, os atos de exceção saíram da esfera judicial, desaparecendo a zona de atrito entre o Tribunal e o Executivo (STF, 1993).

O Ato Institucional n.º 6, de 1 de fevereiro de 1969, reduziu para onze o número de Ministros da Corte. Três, dos dezesseis em exercício naquele momento, foram aposentados compulsoriamente, e dois outros requereram a inatividade (STF, 1993).

Em 17 de outubro de 1969, ocorreu mais uma manifestação do denominado “poder constituinte revolucionário”, através da Emenda Constitucional nº 1, que, de tão ampla e por reformar tão profundamente a Carta de 1967, foi considerada, por alguns estudiosos, como uma nova Constituição. Porém, tal emenda preservou a composição e competências do Supremo Tribunal Federal (ARANTES, 1997; MENDES, BRANCO, 2014).

De qualquer maneira, foi essa emenda que completou, segundo Arantes (1997), a evolução do movimento de diferenciação ou concentração da organização judiciária brasileira, na medida em que introduziu medidas que visavam retirar da competência do Supremo Tribunal Federal causas de menor relevância, reforçando, assim, o seu papel de cúpula do Poder Judiciário para assuntos constitucionais e de interesse nacional, principalmente por intermédio da advocatória.

Para Mendes e Branco (2014), o papel político da Corte reduziu-se significativamente a partir de 1969, visto que a grande contribuição da Corte nesse período estaria associada ao desenvolvimento do sistema de controle de constitucionalidade, com a consolidação da representação de inconstitucionalidade como instrumento próprio de impugnação de leis estaduais e federais.

No entanto, o perfil autoritário do Governo contribuiu para inibir a utilização dessa ação direta contra leis federais, especialmente no Supremo Tribunal Federal, que legitimara o poder discricionário do Procurador-Geral no exercício dessa prerrogativa (MENDES; BRANCO, 2014).

Em 1978, o Ato Institucional n.º 5 foi revogado, sendo restabelecidas as garantias do Poder Judiciário, dando-se início à transição democrática que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, a Magna Carta de 1988 foi profundamente marcada pelo repúdio a vários institutos do período autoritário precedente, no qual houve uma contínua hipertrofia do Poder Executivo federal em detrimento dos demais Poderes (PAIXÃO, 2007).

Assim, consoante ensinamentos de Paixão (2007), era natural que a Constituição

Federal de 1988, como contraponto a essa circunstância, buscasse a ampliação das atribuições do Legislativo e Judiciário, assim como dos Estados, Distrito Federal e Municípios e, em última análise, do próprio cidadão.

Ressalte-se que, por ocasião dos debates que se travaram antes da instalação da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988 e, em seguida, no seu âmbito, discutiu-se, intensamente, acerca do tema relacionado à jurisdição constitucional, oportunidade na qual foi levantada a possibilidade de criação de uma Corte Constitucional nos moldes das Cortes Constitucionais europeias, integradas por juízes com mandato temporário. A uniformização do direito federal legal passaria para a competência da Corte a ser criada, isto é, o Superior Tribunal de Justiça (ROCHA, F. L. X., 1997; STF, 1993).

Entretanto, “o peso da tradição do Supremo Tribunal Federal [...] provocou reação que impediu se concretizasse essa tendência nas suas linhas mais radicais”, prevalecendo o entendimento de que se deveria prestigiar a experiência centenária do Supremo Tribunal Federal concernente ao controle de constitucionalidade das leis (STF, 1993, p. 16; ROCHA, F. L. X., 1997).

Assim, o legislador constituinte originário de 1988 pretendeu conferir ao Supremo Tribunal Federal a condição de Corte Constitucional do Brasil, concedendo-lhe a competência precípua de guarda da Constituição.

Com esse objetivo, criou-se o Superior Tribunal de Justiça, que passou a exercer a competência relativa ao contencioso do direito federal comum, anteriormente atribuída ao Pretório Excelso (ROCHA, F. L. X., 1997).

A Constituição de 1988 manteve, basicamente, a estrutura do Supremo Tribunal Federal existente na ordem jurídica constitucional anterior, porém, houve a ampliação da sua competência, em decorrência da criação do mandado de injunção, assim como o alargamento do rol de autoridades e instituições autorizadas a propor ação de inconstitucionalidade, admitida, inclusive, nos casos de omissão (COSTA, E. V., 2006).

A ampliação do número de agentes legitimados a utilizar a Ação Direta foi uma mudança significativa no sistema de controle constitucional brasileiro, uma vez que coloca o Supremo Tribunal Federal e o modo direto de controle constitucional ao alcance de diferentes atores políticos, não somente órgãos e Poderes de Estado, mas também forças políticas representativas, como os partidos e organizações da sociedade civil, de tipo sindical e de classe (ARANTES, 1997).

Portanto, os artigos da Constituição de 1988 que elencam as competências do Supremo Tribunal Federal reproduzem, em geral, muitas das disposições que estavam

previstas nas Constituições precedentes, mas trazendo alterações importantes.

Quanto à concentração da competência de controle constitucional no Supremo Tribunal Federal, ela deve ser vista como o resultado de dois movimentos, um interno, de diferenciação da organização judiciária, que vai depurando as funções da Corte Suprema, e outro externo ao Judiciário, isto é, de centralização/concentração do poder político (ARANTES, 1997).

A questão da centralização do poder político significa que o Poder central que deseja implementar suas políticas com um mínimo de eficácia e estabilidade não pode, segundo Arantes (1997), se arriscar no sentido de ver suas iniciativas prejudicadas por uma onda de processos da Justiça ordinária, ou, no mínimo, ter que esperar pelo ritmo mais vagaroso dos tribunais comuns. Por isso a necessidade, em caso de divergência suscitada entre o ato normativo do governo e a Constituição, de decisões rápidas e com efeito *erga omnes*.

No que tange aos conflitos federativos, cabe ao Supremo Tribunal Federal atuar, basicamente, de duas maneiras distintas: tanto no controle concentrado de constitucionalidade, quando se discute a distribuição de competências legislativas, quanto nos litígios de índole subjetiva travados entre União e Estados, nos termos da alínea *f* do artigo 102 da Constituição Federal (DANTAS, 2020).

A Carta Constitucional de 1988, portanto, atribuiu a função de uniformizar o entendimento da legislação infraconstitucional federal ao Superior Tribunal de Justiça, deixando a última palavra sobre temas constitucionais ao Supremo Tribunal Federal, que desempenha, além disso, o papel de tribunal da Federação.

Sendo assim, a partir dessas considerações sobre o histórico, estruturação e relevância do Supremo Tribunal Federal na ordem jurídica brasileira, iniciar-se-á a análise de conteúdo das decisões emanadas por esse Tribunal, de acordo com o especificado no tópico seguinte.

3.3 Análise de conteúdo das decisões do STF em sede de controle abstrato de constitucionalidade relacionadas ao federalismo sanitário cooperativo, proferidas sob a vigência da CF/88 e durante a pandemia de COVID-19

3.3.1 Considerações metodológicas iniciais

No presente tópico, buscou-se analisar em que medida a atuação do Supremo Tribunal Federal, como árbitro da federação, contribuiu para a construção de um verdadeiro federalismo sanitário cooperativo no Brasil, diante das disposições contidas na Constituição Federal de 1988, que tratam sobre a estrutura federativa de natureza cooperativa, bem como perante o

enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Para isso, foram analisados os conteúdos de suas decisões proferidas em julgamentos em sede de controle concentrado de constitucionalidade, coletadas no período que abrange a promulgação da Carta Magna de 1988 até 11 de março de 2021, uma vez que se trata de lapso temporal no qual foram implementadas as políticas públicas de saúde pública com fundamento no federalismo cooperativo e, respectivamente, um ano após a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde.

No que tange à definição de análise de conteúdo, Bardin (2016, p. 44) explica que esta consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Mas apenas isso não seria suficiente para a caracterização da especificidade da análise de conteúdo, sendo necessário o complemento dos segmentos das definições já adquiridas, colocando-se em evidência a finalidade, seja explícita ou implícita, da análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

Assim, a intenção desse método procedimental é a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2016, p. 44). Assim sendo, a análise de conteúdo será utilizada para se inferir resultados de forma objetiva.

Segundo Minayo (2019, p.76), “através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.

Cumprе ressaltar, ademais, que a análise de conteúdo possui uma grande relevância para a compreensão da jurisprudência, porém, não se trata apenas de um aprofundamento de estudo ou de uma simples análise, tendo em vista que essa estratégia metodológica pressupõe objetivos e referenciais teóricos (GUSTIN; DIAS, 2015).

Considera-se que os acórdãos provenientes de julgados realizados pelo Supremo Tribunal Federal em demandas que tratam sobre o direito à saúde e o federalismo são informações em seu estado bruto, o que induz à necessidade de tratamento por meio da análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2016), a partir do momento em que se começou a lidar com comunicações, busca-se compreender para além dos seus significados aparentes, imediatos, parecendo ser de grande utilidade, portanto, o recurso à análise de conteúdo, com o fim de alcançar os seguintes objetivos: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura.

Tendo em vista a pluralidade de situações nas quais a análise de conteúdo pode ser

empregada, é possível se afirmar a sua grande utilidade para a finalidade proposta neste trabalho, qual seja, a análise dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal, no âmbito do controle abstrato de constitucionalidade, conforme o intervalo acima estabelecido, para descobrir em que medida eles contribuem para a edificação de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil.

Para isso, deve-se percorrer as seguintes fases desse método: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Entende-se como pré-análise a fase de organização propriamente dita, ou seja, será um período de intuições, que visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais do pesquisador, de forma que se construa um esquema preciso do desenvolvimento das operações que se sucedem, em um determinado plano de análise (BARDIN, 2016).

A pré-análise compreende cinco atividades: a leitura flutuante; a escolha do *corpus*; a formulação das hipóteses e objetivos; refenciação dos índices e elaboração dos indicadores; e preparação do material. Esses fatores podem ser desenvolvidos em ordem diversa da apresentada, em que pese estejam interconectados (BARDIN, 2016).

A leitura flutuante “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2016, p. 126). Nesta pesquisa, essa atividade foi realizada durante a análise dos acórdãos oriundos do Supremo Tribunal Federal, em sede de controle abstrato de constitucionalidade e que tratam sobre direito à saúde e federalismo.

No que toca à escolha dos documentos, após a definição sobre qual espécie documental seria analisada, procedeu-se à constituição de um *corpus*, ou seja, “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2016, p. 126).

De acordo com Bardin (2016), para a definição do *corpus*, muitas vezes, faz-se necessário o estabelecimento de escolhas, seleções e regras, tais como a regra da exaustividade (em regra, não se pode deixar de fora qualquer documento); regra da não seletividade, que decorre da anterior; regra da representatividade (a análise pode ser realizada em relação a uma amostra, desde que o material assim permita); regra da homogeneidade (os documentos devem ter características similares); e regra da pertinência (os documentos devem ser adequados e devem refletir os objetivos da pesquisa).

Diante disso, importante dizer que, nesta investigação, o *corpus* foi constituído pelos acórdãos do Supremo Tribunal Federal, proferidos de 05.10.1988 (promulgação da Constituição Federal) a 11.03.2021 (exatamente um ano desde que a Organização Mundial de Saúde declarou a pandemia de Covid-19), decorrentes do controle concentrado de

constitucionalidade e com a temática direito à saúde e federalismo. Ressalte-se que esse lapso temporal demarca eventos de extrema relevância para o federalismo sanitário.

Essas decisões foram coletadas durante o mês de dezembro de 2021, no endereço eletrônico do Supremo Tribunal Federal (www.portal.stf.jus.br), no campo “Pesquisa de Jurisprudência”, por meio da construção das expressões de busca “direito à saúde” e “federalismo”, de acordo com as regras da plataforma, sendo localizadas 34 acórdãos no intervalo pré-estabelecido.

Foram encontradas decisões emanadas no âmbito do controle abstrato de constitucionalidade em sede de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) e Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPFs).

Ressalte-se que, no que diz respeito a tais decisões, realizou-se a opção de se utilizar o inteiro teor dos acórdãos do STF, uma vez que corresponde ao texto integral daquilo que foi decidido pelos seus membros, contendo o relatório e os votos dos Membros que participaram do julgamento.

Assim, como resultado das buscas, tem-se a seguinte quantidade de acórdãos:

Quadro 1: Decisões proferidas em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade pelo STF, no período de 05.10.1988 até 11.03.2020

Espécie de Ação do Controle Concentrado de Constitucionalidade	Número de Acórdãos
ADI	21
ADPF	2

Fonte: *Site* do STF

Quadro 2: Decisões proferidas em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade pelo STF, no intervalo entre 11.03.2020 e 11.03.2021

Espécie de Ação do Controle Concentrado de Constitucionalidade	Número de Acórdãos
ADI	8
ADPF	3

Fonte: *Site* do STF

A próxima etapa abrangeu a formulação das hipóteses e dos objetivos, entendendo-se como hipótese uma afirmação provisória que será verificada, através dos procedimentos de análise e os objetivos como “finalidade geral a que nos propomos [...], o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados” (BARDIN, 2016, p. 218). Em

relação a essa fase, nesta pesquisa, tais elementos foram elencados ao longo da introdução.

Quanto à referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, Bardin (2016, p. 130) explica que “se se considerarem os textos uma manifestação que contém índices que a análise explicitará, o trabalho preparatório será o da escolha destes – em função das hipóteses, caso elas estejam determinadas – e sua organização sistemática em indicadores”. Essa etapa foi realizada ao longo deste tópico, conforme se verá a seguir.

Por fim, tem-se a preparação do material, na qual a documentação até então reunida foi devidamente preparada. De acordo com os ensinamentos de Bardin (2016), pode ser uma preparação material e, em alguns casos, uma preparação formal, quando envolverá edição dos documentos.

Em seguida, adentrou-se na etapa de exploração do material, na qual ocorreu a aplicação sistemática das decisões tomadas na etapa de pré-análise.

A outra etapa de exploração do material utilizada nesta pesquisa foi a categorização, utilizando-se o critério semântico. Bardin (2016, p. 147) estabelece a seguinte definição sobre isso:

[...] é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

No tocante ao tratamento dos resultados, após a organização das categorias, realizou-se a inferência, que ocorre quando algo do conteúdo analisado é deduzido de maneira lógica (MINAYO, 2019).

Finalmente, elaborou-se “uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa”, nos termos definidos por Minayo (2019, p. 83).

Dessa feita, em se tratando especificamente da proposta ora apresentada, com fundamento nas inferências realizadas, foi possível alcançar-se uma interpretação adequada e objetiva sobre o federalismo sanitário cooperativo ante as decisões do Supremo Tribunal Federal relacionadas a essa temática.

No que tange ao raciocínio desenvolvido na realização desta pesquisa, ele foi do tipo compreensivo, consoante defendido por Max Weber, tratando-se de um método apropriado para as Ciências Sociais, principalmente em razão da construção de tipos ideais para a realização das pesquisas (TOMAZETTE, 2008).

Em relação ao tipo ideal, este é considerado um modelo provisório, construído por Weber, com a finalidade de promover rigor conceitual nas Ciências Sociais, uma vez que haveria variações em seu conteúdo, a depender do momento histórico analisado. Dessa feita, através do tipo ideal seria possível preservar a validade da pesquisa, já que evitaria oscilações pessoais de conceito (GONÇALVES, 2004).

Assim sendo, nesta investigação, de acordo com o método compreensivo weberiano, pretende-se analisar, através da construção do tipo ideal de federalismo sanitário cooperativo presente na ordem constitucional vigente, em que medida o Supremo Tribunal Federal tem atuado na consolidação desse modelo por meio de suas decisões provenientes do controle concentrado de constitucionalidade, principalmente diante do enfrentamento da pandemia de Covid-19.

3.3.2 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo

A partir do desenvolvimento dos capítulos antecedentes, que trataram, respectivamente, sobre o federalismo e o direito à saúde, foi possível identificar 27 (vinte e sete) categorias iniciais, que proporcionam a percepção de relevantes questões que refletem, diretamente, no estabelecimento do federalismo cooperativo sanitário no Brasil, ao longo do período compreendido entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 até 1 (um) ano após a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde. Assim, são categorias iniciais as constantes na seguinte lista:

Quadro 3: Lista das categorias iniciais

Categorias iniciais
1. Federalismo enquanto forma de organização política de um território
2. Existência de duas ou mais esferas diferentes de governo no federalismo
3. Federalismo enquanto limitação do poder político
4. Federalismo enquanto instrumento para concretização dos direitos fundamentais
5. Ampliação dos espaços democráticos por meio do federalismo
6. Federalismo enquanto busca de soluções de problemas emergentes de sociedades plurais
7. Distribuição de competências enquanto característica fundamental em um Estado federal
8. Princípio da predominância de interesses enquanto orientador da distribuição de competências
9. Saúde enquanto direito fundamental

10. Saúde enquanto direito de todos
11. Direito à saúde enquanto reflexo do pensamento e luta do Movimento Sanitário
12. Serviços e ações de saúde elevados à categoria de relevância pública
13. Saúde enquanto dever do Estado
14. Multiplicidade de esferas governamentais envolvidas na condução da política de saúde brasileira
15. Dever constitucional de proteção à saúde
16. Previsão constitucional de um sistema único e descentralizado para a prestação de ações e serviços públicos de saúde
17. Sistema Único de Saúde (SUS)
18. Integração de ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada
19. Descentralização do SUS, com direção única em cada esfera de governo
20. Ações e serviços de saúde cumprem, precipuamente, aos entes subnacionais
21. Ênfase na descentralização das ações e serviços para os Municípios
22. Excessiva centralização de competências na esfera da União
23. Concentração política e financeira no âmbito do governo federal
24. Ocorrência de conflitos entre os entes federativos em decorrência do exercício das competências constitucionais em matéria de saúde
25. Resolução de conflitos de competência pelo Supremo Tribunal Federal
26. Necessidade de resguardar a autonomia dos entes subnacionais no exercício das competências
27. Inexistência de hierarquia entre os entes federados

Fonte: autoria própria

Posteriormente, no intuito de realizar o aperfeiçoamento da presente análise de conteúdo das decisões do Supremo Tribunal Federal, realizou-se o agrupamento progressivo das categorias iniciais acima elencadas, a partir da identificação de conceitos norteadores, resultando na elaboração de 10 (dez) categorias intermediárias, conforme demonstrado nos quadros seguintes:

Quadro 4: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Federalismo enquanto forma de organização política de um território	Adoção do federalismo como instrumento de organização territorial do poder, através da conciliação de interesses diversos e preservação de direitos.	1. Federalismo enquanto forma de equilíbrio e integração político-territorial
2. Existência de duas ou mais esferas diferentes de governo no federalismo		
3. Federalismo enquanto limitação do poder político		
4. Federalismo enquanto instrumento para concretização dos direitos	O federalismo apresenta-se muito mais que um mecanismo de distribuição	2. Federalismo enquanto modelo de organização política que busca conciliar a

fundamentais	de poder político, mas também de realização de direitos fundamentais e promoção do pluralismo	unidade com a diversidade
5. Ampliação dos espaços democráticos por meio do federalismo		
6. Federalismo enquanto busca de soluções de problemas emergentes de sociedades plurais		
7. Distribuição de competências enquanto característica fundamental em um Estado federal	Busca-se a proteção da autonomia dos entes federativos e, consequentemente, a convivência harmônica entre eles, com o fim de evitar a secessão	3. Repartição de competências enquanto pressuposto da autonomia dos entes federativos
8. Princípio da predominância de interesses enquanto orientador da distribuição de competências		

Fonte: autoria Própria

As categorias intermediárias 1, 2 e 3 (Federalismo enquanto forma de equilíbrio e integração político-territorial; Federalismo enquanto modelo de organização política que busca conciliar a unidade com a diversidade; Repartição de competências enquanto pressuposto da autonomia dos entes federativos) expressam a importância e nuances do modelo federal como forma de Estado, bem como algumas de suas principais características, de acordo com Castilho (2013), D. A. Dallari (2011; 2019), Badía (1976), García-Pelayo (1993), Bernardes (2010), Loewenstein (1979), Riker (1987), Ramos (2011; 2012), Elazar (1991), Madison, Hamilton e Jay (1993), Ketcham (1996), Watts (2006), Schwartz (1984), Ribeiro (2018), Bercovici (2004).

Quadro 5: agrupamento de categorias iniciais

Categoria inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
9. Saúde enquanto direito fundamental	O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 como uma mudança de perspectiva em relação aos períodos constitucionais antecedentes	4. Novo patamar de proteção constitucional do direito à saúde
10. Saúde enquanto direito de todos		
11. Direito à saúde enquanto reflexo do pensamento e luta do Movimento Sanitário		
12. Serviços e ações de saúde elevados à categoria de relevância pública		
13. Saúde enquanto dever do Estado	O direito público subjetivo à saúde obriga o Estado a sua efetiva concretização	5. Tutela do direito à saúde por todos os entes federativos
14. Multiplicidade de esferas governamentais envolvidas		

na condução da política de saúde brasileira		
15. Dever constitucional de proteção à saúde		

Fonte: autoria própria

As categorias intermediárias 4 e 5 (Novo patamar de proteção constitucional do direito à saúde; Tutela do direito à saúde por todos os entes federativos) representam o resgate do compromisso do Estado em relação ao bem-estar social, principalmente no que diz respeito à saúde pública, após um longo período de fragilização desse direito.

A sociedade civil, através de diversos setores, mobilizou-se, por meio do denominado Movimento Sanitário, no sentido de consignar no texto da nova Carta Constitucional de 1988 o direito à saúde, conforme os ensinamentos de Bertolli Filho (1996), Polignano (2001), E. M. B. Ramos, Madureira e Sena (2013), Bravo (2008), Escorel (2012), E. M. B. Ramos e Miranda Netto (2017), Behring e Boschetti (2017), S. G. Dallari (2013), Paim (2008) e Bertolozzi e Greco (1996).

Além disso, a responsabilidade pela efetivação do direito à saúde passa a ser compartilhada entre todos os integrantes da federação, que não podem se eximir do mandamento constitucional nesse sentido, consoante explica S. G. Dallari (2013).

Quadro 6: agrupamento das categorias iniciais

Categoria inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
16. Previsão constitucional de um sistema único e descentralizado para a prestação de ações e serviços públicos de saúde	O SUS estabelece contornos ao modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil e corresponde à parte da dimensão objetiva do direito fundamental à saúde	6. Estruturação do SUS como decorrência do reconhecimento do direito à saúde no Brasil
17. Sistema Único de Saúde (SUS)		
18. Integração de ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada		
19. Descentralização do SUS, com direção única em cada esfera de governo	A descentralização consiste em uma das diretrizes a serem seguidas pelo SUS nas ações e serviços públicos de saúde, norteados os processos de organização político-territorial	7. Descentralização enquanto incentivo à participação dos entes subnacionais na condução da política de saúde
20. Ações e serviços de saúde cumprem, precipuamente, aos entes subnacionais		
21. Ênfase na descentralização das ações e serviços para os Municípios		

22. Excessiva centralização de competências na esfera da União	Desafios que se apresentam na condução, pelas entidades subnacionais, das políticas de saúde	8. Protagonismo exacerbado da União na implementação de políticas públicas de saúde
23. Concentração política e financeira no âmbito do governo federal		

Fonte: autoria própria

As categorias intermediárias 6 e 7 (Estruturação do SUS como decorrência do reconhecimento do direito à saúde no Brasil; Descentralização enquanto incentivo à participação dos entes subnacionais na condução da política de saúde) dizem respeito à maneira pela qual o Sistema Único de Saúde foi organizado no território nacional, levando em consideração a participação da sociedade, bem como das entidades federativas, que devem atuar conjuntamente para que a política de saúde seja desempenhada conforme previsto constitucional e legalmente. Nesse sentido, são as lições de Noronha, Lima e C. V. Machado (2018), E. M. B. Ramos e Miranda Netto (2017), Polignano (2001), Esteves (2012), Mercadante (2002) e Cohn e Elias (2005).

Por sua vez, a categoria intermediária 8 (Protagonismo exacerbado da União na implementação de políticas públicas de saúde) relaciona-se às dificuldades enfrentadas quanto ao processo de descentralização das políticas públicas de saúde em direção aos entes subnacionais, uma vez que o Ente Central ainda detém decisiva influência nesse processo, de acordo com o que elucida Daniel e Elias (2011).

Quadro 7: agrupamento das categorias iniciais

Categoria inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
24. Ocorrência de conflitos entre os entes federativos em decorrência do exercício das competências constitucionais em matéria de saúde	O Supremo Tribunal Federal apresenta-se como árbitro da federação brasileira, tendo em vista que o compartilhamento de competências, muitas vezes, suscita conflitos entre os entes federativos	9. Relevante papel do Poder Judiciário na resolução dos embates entre as entidades federativas
25. Resolução de conflitos de competência pelo Supremo Tribunal Federal		
26. Necessidade de resguardar a autonomia dos entes subnacionais no exercício das competências	A autonomia dos poderes locais e regionais não pode ser sufragada pela vontade do ente central	10. Indispensabilidade de espaços para que os entes federais possam atuar em conformidade com as suas necessidades em saúde
27. Inexistência de hierarquia entre os entes federados		

Fonte: autoria própria

Quanto às categorias 9 e 10 (Relevante papel do Poder Judiciário na resolução dos embates entre as entidades federativas; Indispensabilidade de espaços para que os entes federais possam atuar em conformidade com as suas necessidades em saúde), destaca-se que o exercício das competências federativas sanitárias, muitas vezes, suscita conflitos entre os entes federativos, cabendo ao Supremo Tribunal Federal dirimir tais controvérsias, de acordo com o prescrito no texto constitucional. Contudo, é importante, também, deixar-se margem para a atuação das entidades políticas na área da saúde conforme a sua realidade, evitando-se, assim, o tolhimento de sua autonomia, conforme aduzem E. V. Costa (2006) e Daniel e Elias (2011).

Sendo assim, alcançou-se, por meio do agrupamento progressivo das categorias iniciais, 10 (dez) categorias intermediárias, de acordo com os conceitos norteadores explicitados.

Quadro 8: Lista de categorias intermediárias

Categorias Intermediárias
1. Federalismo enquanto forma de equilíbrio e integração político-territorial
2. Federalismo enquanto modelo de organização política que busca conciliar a unidade com a diversidade
3. Repartição de competências enquanto pressuposto da autonomia dos entes federativos
4. Novo patamar de proteção constitucional do direito à saúde
5. Tutela do direito à saúde por todos os entes federativos
6. Estruturação do SUS como decorrência do reconhecimento do direito à saúde no Brasil
7. Descentralização enquanto incentivo à participação dos entes subnacionais na condução da política de saúde
8. Protagonismo exacerbado da União na implementação de políticas públicas de saúde
9. Relevante papel do Poder Judiciário na resolução dos embates entre as entidades federativas
10. Indispensabilidade de espaços para que os entes federais possam atuar em conformidade com as suas necessidades em saúde

Fonte: autoria própria

A partir das categorias iniciais e intermediárias anteriormente obtidas, foi possível a construção de 3 (três) categorias finais, a seguir apresentadas, e que serviram como fundamento para realização das interpretações e inferências dos resultados. Segundo Silva e Fossá (2013, p. 11), “as categorias finais representam a síntese do aparato das significações, identificadas no decorrer da análise dos dados do estudo”.

Quadro 9: Categorias finais

Categoria intermediária	Conceito norteador	Categoria final
--------------------------------	---------------------------	------------------------

1. Federalismo enquanto forma de equilíbrio e integração político-territorial	O federalismo emerge como sistema para a organização política do poder em determinado território, sendo indispensável a divisão das competências entre seus membros, para que seja assegurada a sua autonomia.	1. Federalismo e autonomia dos entes federativos
2. Federalismo enquanto modelo de organização política que busca conciliar a unidade com a diversidade		
3. Repartição de competências enquanto pressuposto da autonomia dos entes federativos		

Fonte: autoria própria

No que tange à categoria final 1 (Federalismo e autonomia dos entes federativos), destaca-se que o federalismo é utilizado como meio para conformação do pluralismo existente em uma sociedade democrática, garantindo que os entes integrantes da federação possam manter a sua autonomia, de acordo com o exposto por Bernardes (2010) e P. R. B. Ramos (2012).

Quadro 10: Categorias finais

Categoria intermediária	Conceito norteador	Categoria final
4. Novo patamar de proteção constitucional do direito à saúde	O direito à saúde aparece com uma nova configuração na Constituição Federal de 1988, na qual consta a previsão de uma estrutura protetiva, cuja responsabilidade por sua efetivação pertence a todos os membros da federação	2. Descentralização e federalismo cooperativo sanitário
5. Tutela do direito à saúde por todos os entes federativos		
6. Estruturação do SUS como decorrência do reconhecimento do direito à saúde no Brasil		
7. Descentralização enquanto incentivo à participação dos entes subnacionais na condução da política de saúde		

Fonte: autoria própria

No que diz respeito à categoria final 2 (Descentralização e federalismo cooperativo sanitário), pode-se afirmar que ela enfatiza a necessária participação de Estados e Municípios na execução das políticas sanitárias, como forma de melhor atender às especificidades regionais e às disposições constitucionais relativas às competências em saúde, conforme Dourado e Elias (2011).

Quadro 11: Categorias finais

Categoria intermediária	Conceito norteador	Categoria final
8. Protagonismo exacerbado da União na implementação de políticas públicas de saúde	Necessidade de incentivar-se maior cooperação entre os membros da federação na área da saúde, inclusive através do Poder Judiciário, quando este decide os conflitos de competência	3. Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação
9. Relevante papel do Poder Judiciário na resolução dos embates entre as entidades federativas		
10. Indispensabilidade de espaços para que os entes federais possam atuar em conformidade com as suas necessidades em saúde		

Fonte: autoria própria

Por fim, em relação à categoria final 3 (Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação), afirma-se que a União ainda detém boa parte da iniciativa em matéria de saúde, sendo necessária a sua minimização, de acordo com Noronha, Lima e C. V. Machado (2012), Dourado e Elias (2011) e Lima *et al.* (2011).

Dessa feita, lista-se, a seguir, as 3 (três) categorias finais resultantes da construção progressiva das categorias de análise provenientes da coleta de dados e que serão utilizadas na aplicação do procedimento metodológico de análise de conteúdo desta pesquisa.

Quadro 12: Lista de categorias finais

Categorias finais
1. Federalismo e autonomia dos entes federativos
2. Descentralização e federalismo cooperativo sanitário
3. Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação

Fonte: autoria própria

Ressalte-se que tais categorias finais são de suma importância para o desenvolvimento da investigação ora proposta, qual seja, de que maneira o Supremo Tribunal Federal tem se posicionado, ao longo da vigência da Constituição Federal de 1988 e do início da pandemia de Covid-19, a respeito da concretização do desenho federativo cooperativo na área do direito à saúde.

3.3.3 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo

Consoante apresentado anteriormente, a análise de conteúdo segue algumas etapas. Assim, na presente investigação, realizou-se a leitura flutuante do material selecionado, ou seja, das decisões proferidas em sede de controle concentrado de constitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 até 1 (um) ano após a declaração do estado de pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde, cuja temática se relacione ao direito à saúde e ao federalismo, concomitantemente.

Posteriormente, realizou-se a construção das categorias iniciais, intermediárias e finais. Para isso, procedeu-se ao destaque manual das palavras e expressões que abrangessem as categorias finais obtidas, contabilizando-se, por conseguinte, a frequência de aparição nas decisões do STF, conforme orienta Bardin (2016).

Para fins de facilitação da pesquisa das palavras e expressões das categorias finais nos documentos selecionados, utilizou-se a ferramenta “localizar” do *software* Adobe Acrobat Reader, de maneira que se assegurasse a contagem de todas elas. Porém, houve acórdãos nos quais não foi possível o uso desse recurso, realizando-se, por isso, uma leitura minuciosa dos textos.

Quanto à frequência das palavras e contextos de palavras, foram elaboradas 2 (duas) tabelas. A primeira contém as informações relativas às decisões proferidas pelo STF no intervalo entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 e até 11 de março de 2020, quando foi declarada a pandemia de Covid-19, e a segunda alcança o período de 12 de março de 2020 até 11 de março de 2021.

Nas tabelas a seguir, constam, na coluna vertical à esquerda, o número das decisões e, nas colunas subsequentes, as categorias finais e os resultados da pesquisa.

Quadro 13: Frequência das categorias finais nas decisões do STF

Decisões do STF proferidas em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade até 11.03.2020	Frequência das categorias finais		
	<i>Categoria final I</i>	<i>Categoria final II</i>	<i>Categoria final III</i>
	Federalismo e autonomia dos entes federativos	Descentralização e federalismo cooperativo sanitário	Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação
ADPF 109	4	17	13
ADPF 273	13	0	3
ADI 1278	1	4	3

ADI 2303	9	6	7
ADI 2396	1	0	0
ADI 2656	0	0	0
ADI 2875	0	3	0
ADI 3356	8	21	17
ADI 3357	8	20	14
ADI 3470	6	6	5
ADI 3645	0	2	1
ADI 3937	20	29	19
ADI 4066	0	0	0
ADI 4093	3	0	1
ADI 4306	2	9	1
ADI 4423	2	0	1
ADI 4818	1	1	1
ADI 4949	1	2	1
ADI 4951	4	0	1
ADI 4954	3	1	1
ADI 4955	2	0	1
ADI 5140	6	4	4
ADI 5352	7	4	3

Quadro 14: Frequência das categorias finais nas decisões do STF

Decisões do STF proferidas em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade após 11.03.2020 até 11.03.2021	Frequência das categorias finais		
	<i>Categoria final I</i>	<i>Categoria final II</i>	<i>Categoria final III</i>
	Federalismo e autonomia dos entes federativos	Descentralização e federalismo cooperativo sanitário	Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação
ADPF 567	1	1	0
ADPF 672	1	8	2
ADPF 770	1	5	0
ADI 2341	3	5	3
ADI 2435	0	5	1

ADI 3110	2	6	1
ADI 4351	3	9	1
ADI 6113	3	0	0
ADI 6341	22	68	14
ADI 6343	10	47	7
ADI 6362	14	33	5

Elaboradas as tabelas acima, realizar-se-á, a seguir, as inferências e interpretações cabíveis, levando-se em consideração os resultados frequenciais alcançados relativas a cada uma das três categorias finais elencadas e utilizadas como referência para a análise de conteúdo dos acórdãos do STF relacionados ao federalismo cooperativo sanitário no Brasil.

3.3.4 Inferências e interpretações decorrentes da análise de conteúdo

Dar-se-á início, neste momento, ao tratamento dos dados coletados nas etapas precedentes da análise de conteúdo proposta neste trabalho, procedendo-se às inferências e interpretações cabíveis, de maneira que seja possível descobrir a existência de ideias subjacentes às principais e seus significados.

Nesse processo, explica Bardin (2016) que o tratamento das mensagens manipuladas é utilizado para a aferição ou dedução lógica dos conhecimentos acerca do emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo.

Assim, a tentativa do analista é dupla, ou seja, compreender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, assim como, e, principalmente, desviar o olhar para outros possíveis significados nela existentes, ou, ainda, outras mensagens subentendidas (BARDIN, 2016).

Dessa maneira, nas palavras de Bardin (2016, p. 47-48), “não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes, ou de significados (manipulados), outros “significados” de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc.”.

Na presente investigação, as inferências foram realizadas com fulcro nos referenciais teóricos de E. M. B. Ramos e Miranda Netto (2017b) e Dourado e Elias (2011), segundo os quais o Sistema Único de Saúde foi criado como instituição de cunho federativo, guiada pela descentralização político-administrativa, ensejando uma forma de organização política

denominada de federalismo sanitário cooperativo.

Ainda, é preciso asseverar que os trechos retirados dos acórdãos mencionados ao longo deste processo inferencial e interpretativo foram coletados levando-se em consideração a pesquisa das palavras e expressões das categorias finais nos documentos selecionados, empregando-se a ferramenta “localizar” do *software* Adobe Acrobat Reader ou, quando isso não foi possível por razões técnicas, realizando-se uma leitura minuciosa dos textos, também norteada pelas palavras e expressões das categorias finais mencionadas no tópico precedente.

Sendo assim, no que diz respeito à primeira categoria final, o Supremo Tribunal Federal, no decorrer de seus julgamentos, tem reafirmado a autonomia das unidades subnacionais como princípio indispensável à existência e proteção da federação brasileira e, por conseguinte, à convivência harmônica entre todas as esferas, evitando que haja uma secessão.

Entretanto, o Supremo Tribunal Federal admite que há dificuldades em garantir essa autonomia, principalmente em razão de questões relacionadas à repartição de competências, considerada um de seus pressupostos.

Conforme já explicitado em momento precedente desta pesquisa, a distribuição de competências é regida pelo princípio da predominância de interesses. Assim, consoante esse princípio, no âmbito da ordem constitucional brasileira, conferiu-se à União matérias de interesse geral, aos Estados as de interesse regional, aos Municípios as de interesse local e, ao Distrito Federal, tanto matérias de interesse regional quanto local.

Afirma-se, também, que a repartição de competências prevista na Carta Magna de 1988 representou uma superação do federalismo dual que prevaleceu durante o federalismo clássico, no qual havia uma rígida divisão entre os poderes enumerados e reservados dos entes federativos, que atuavam como se fossem rivais na esfera política.

Isso porque o legislador constituinte originário de 1988 previu, expressamente, diversos instrumentos de cooperação, capazes de viabilizar o atendimento a inúmeras funções de responsabilidade do Estado, na medida em que este tem sido frequentemente instado a enfrentar, com eficiência e rapidez, os problemas de uma sociedade complexa.

Entre esses instrumentos, encontram-se as competências legislativa concorrente e administrativa comum, concernentes a diversas áreas, inclusive à proteção e defesa da saúde.

Contudo, em relação ao exercício dessas atribuições, os entes políticos frequentemente alegam invasão da sua esfera de competência, cumprindo ao Supremo Tribunal Federal dizer se, de fato, houve a transposição dos limites constitucionalmente estabelecidos, através de critérios coerentes e que confirmem estabilidade à federação, como disposto durante o julgamento da ADPF 109.

No mesmo sentido, veja-se a ADI n. 4954/AC (BRASIL, 2014, p. 13):

Deve o Supremo realizar interpretação harmonizante. Não pode, como “Tribunal da Federação”, potencializar conceitos e critérios constitucionais de rateio de atribuições normativas de modo a ampliar as possíveis áreas de sobreposição e conflito legislativo e material entre os três níveis de governo. A interpretação há de ser estrita, única forma de assegurar, linearmente, os espaços de autonomia política de cada ente a ser exercida, de maneira coordenada, tendo em conta os interesses predominantes.

O Supremo Tribunal Federal assevera, portanto, que a solução para uma distribuição constitucional de competências legislativas entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios adequada há de ser realizada sempre com base no princípio federativo, que, voltado à instrumentalidade exigida pela dinâmica das relações entre as instituições republicanas, “ora tende a afirmar a autonomia, ora legitima a uniformização institucional e a cooperação dos entes federados sob uma União soberana” (BRASIL, 2017, p. 22).

Também restou consignado, na ADI 3937/SP, que, em relação ao modelo federal, respeitando-se o disposto no texto constitucional, no caso de surgimento de dúvidas sobre a distribuição de competências, cabe ao Supremo Tribunal Federal, como intérprete da Constituição, a priorização do fortalecimento das autonomias locais, assim como o respeito as suas diversidades, assegurando-se a relação entre os entes políticos no Estado Federal, garantindo o equilíbrio federativo (BRASIL, 2017b).

Especificamente em relação à competência concorrente em matéria de saúde, assevera-se que a União limita-se à edição de normas gerais e que os Estados não são obrigados a editar leis que sejam meras cópias do disposto na legislação federal (BRASIL, 2007). Assim, os entes estaduais, em decorrência de sua autonomia, podem complementar as lacunas da normatização federal, de acordo com as situações regionais específicas. Nesse viés, assim dispôs a ADI 4423/DF (BRASIL, 2014b, p. 09):

Admitir que a União, a despeito de editar normas gerais, regule situações particulares, esgotando o tema legislado, implica esvaziamento do poder dos estados de legislar supletivamente. O Supremo não estaria preservando regras de convivência entre os entes, mas permitindo que um – o central – sufoque a autonomia política de outros – estados e Distrito Federal. Ausente normatização explicitamente oposta às diretrizes gerais estabelecidas em lei federal, deve-se prestigiar a autonomia dos entes estaduais.

Quanto à questão da relevância da autonomia dos entes federativos no âmbito do Supremo Tribunal Federal, é importante dizer que essa temática se tornou ainda mais pertinente diante da crise sanitária provocada pelo coronavírus, em decorrência da edição de medidas administrativas e legislativas pelos entes políticos, visando o enfrentamento da Covid-19, o que provocou alguns conflitos de competência entre eles, submetidos à análise e julgamento pela

Corte Superior.

Nesse contexto, uma das situações mais emblemáticas diz respeito à edição da Lei n.º 13.979, de 06.02.2020, pelo Poder Executivo Federal, que dispôs sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional oriunda do surto de Covid-19, entre as quais estavam, por exemplo, o isolamento, a quarentena, o uso obrigatório de máscaras de proteção individual, a restrição excepcional e temporária da entrada e saída do País e locomoção interestadual e intermunicipal etc.

Simultaneamente, os entes subnacionais, com o objetivo de conter a disseminação do coronavírus, adotaram, de forma descoordenada, uma série de medidas, em geral, restritivas de direitos previstos constitucionalmente, sob a alegação de que se tratava do legítimo exercício das competências legislativa concorrente e administrativa comum relativas à tutela do direito à saúde.

Como exemplo, cite-se o Decreto n.º 35.677/2020, de 21.03.2020, editado pelo Poder Executivo do Estado do Maranhão, através do qual foram estabelecidas medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da Covid-19, entre as quais a suspensão da realização de atividades que provocassem aglomeração de pessoas em equipamentos públicos e de uso coletivo, atividades e serviços não essenciais, tais como academias, shopping centers, cinemas, teatros, bares etc. (MARANHÃO, 2020).

Portanto, observou-se uma verdadeira miscelânea de normas e medidas que emergiam de maneira desordenada no território brasileiro, ao mesmo tempo em que havia lugares nos quais não foram impostos quaisquer tipos de limitações de direitos.

O governo federal, também, elaborou a Medida Provisória n.º 926, de 20.03.2020, alterando a Lei n.º 13.979/2020, determinando, entre outras coisas, uma nova redação ao art. 3º, §§ 8º e 9º, que passou a dispor que as medidas de restrição nele previstas deveriam preservar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais, que seriam definidos, por decreto, pelo Presidente da República (BRASIL, 2020a).

Não obstante a regulamentação normativa federal, houve um acirramento das disputas entre os gestores dos entes políticos subnacionais, em razão da existência de uma intensa polarização. Assim, os chefes dos poderes executivos estaduais e municipais favoráveis às diretrizes do governo federal tomaram medidas manifestamente mais flexíveis, enquanto os situados na oposição foram mais rigorosos.

Em virtude disso, diversas ações foram levadas ao conhecimento do Supremo Tribunal Federal, a fim de que este exercesse o seu papel de “árbitro da federação”, através do estabelecimento de limites do exercício, pelos entes federativos, das competências

constitucionais relativas ao direito à saúde e preservação da autonomia deles.

Assim sendo, na ADI 6341/DF, o Supremo Tribunal Federal se manifestou no sentido de que o extravasamento das competências constitucionais pelos Estados e Municípios não implica no rompimento da autonomia desses entes, muito menos constitui argumento viável para que se acabe com o Federalismo, reforçando o entendimento de que cabe ao Poder Judiciário o papel de anular aquilo que sobrepujar os ditames constitucionais, porém, preservando o equilíbrio da federação (BRASIL, 2020b).

É importante destacar, ainda, que, conforme o Supremo Tribunal Federal, o exercício das competências legislativa concorrente e administrativa comum concernentes à saúde pelos Estados, Municípios e Distrito Federal não pode estar subordinado à autorização de órgão da União, uma vez que a “autonomia, precisamente, é a capacidade de decidir livremente, dentro de um espaço que tenha sido adequadamente demarcado” (BRASIL, 2020c, p. 69).

Desta feita, a forma federal do Estado gira em torno da autonomia, que não pode ser desprezada, exigindo-se que os entes da Federação exerçam suas competências constitucionais para a concretização do direito à saúde de acordo com o princípio da predominância de interesses, competindo ao Supremo Tribunal Federal decidir sobre eventuais conflitos envolvendo os membros federativos.

No que toca à segunda categoria final, isto é, descentralização e federalismo cooperativo sanitário, depreende-se que o Supremo Tribunal Federal, através da evolução da sua jurisprudência em saúde, tem se tornado progressivamente mais atuante no sentido de conferir maior protagonismo aos entes subnacionais, em detrimento da atuação exclusiva do ente federal em matéria de saúde.

Percebe-se, nesse viés, por exemplo, que em relação às competências legislativas, a Corte Superior tem buscado uma maior descentralização em benefício dos Estados, Distrito Federal e municípios, ampliando os espaços destinados à criação e experimentação legislativa, porém com respeito às diretrizes traçadas na Constituição Federal de 1988 relativas à distribuição de competências (BRASIL, 2017c).

Quanto ao federalismo cooperativo, esclarece o Supremo Tribunal Federal que compete à União somente o estabelecimento de normas gerais, cabendo aos entes subnacionais atuarem no sentido de atenderem a suas peculiaridades regionais e locais, uma vez que isto se trata de condição de viabilidade da Federação (BRASIL, 2018).

No mesmo sentido, veja-se o disposto na ADPF 109 (BRASIL, 2017d, p. 02) sobre o federalismo cooperativo:

Espaço constitucional deferido ao sentido do federalismo cooperativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988. É possível que Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, no exercício da competência que lhes são próprias, legislem com o fito de expungirem vácuos normativos para atender a interesses que lhe são peculiares, haja vista que à União cabe editar apenas normas gerais na espécie.

Ressalte-se que a repartição de competências também é relevante para o reforço do federalismo cooperativo sanitário, na medida em que contribui para a compatibilização de interesses em uma dimensão de fato cooperativa e difusa, “rechaçando-se a centralização em um ou outro ente a fim de que o funcionamento consonante das competências legislativas e executivas otimizem os fundamentos (art. 1º, da CRFB) e objetivos (art. 3º, da CRFB) da República” (BRASIL, 2019, p. 13-14).

Por sua vez, na ADI 2303, o próprio Supremo Tribunal Federal reconheceu que a sua jurisprudência, até as Constituições anteriores à de 1988, concentrou na União as principais competências federativas e que, por isso, seria necessária a exploração do alcance do federalismo cooperativo desenhado na Carta Constitucional vigente, para o enfrentamento dos problemas de aplicação que advém do pluralismo (BRASIL, 2018).

Afirma-se que as transformações sociais alteram as concepções do Estado, inclusive no que diz respeito a sua estruturação, alcançando, também, a repartição de competências. Através da igualdade e equilíbrio entre os entes federativos, a Constituição Federal de 1988 ressaltou a necessidade de elevar ao máximo o exercício destas competências, com a finalidade de que o Estado atenda seu objetivo de pacificação e satisfação social (BRASIL, 2017c).

Assim, essa foi a percepção da nova ordem estabelecida pela Carta Magna de 1988, voltada para a otimização da cooperação entre as entidades federativas, a maximização do conteúdo normativo dos direitos fundamentais e o respeito e efetividade do pluralismo como marcas caracterizadoras de um Estado Federado (BRASIL, 2017c).

Como exemplo dessa significativa mudança de perspectiva, cita-se a guinada jurisprudencial ocorrida no caso das legislações estaduais que determinavam a proibição do amianto, as quais, inicialmente, o Supremo Tribunal Federal considerava inconstitucionais, sob o argumento de que iriam além da competência concorrente para tratar, entre outros assuntos, sobre proteção e defesa da saúde (ADI's 2396 e 2656), pois não haveria justificativa para tratamento particular e diferenciado pelos entes estaduais.

Assim, nessas ações, o Supremo Tribunal Federal deixou expressamente consignado que competia à União tratar sobre a temática, por se tratar de interesse nacional, ainda que a legislação estadual fosse mais benéfica à preservação da saúde.

Entretanto, posteriormente, o referido Tribunal reconheceu a validade das leis que

dispunham acerca da proibição da utilização do amianto crisotila, por sua nocividade à saúde, mesmo diante da inexistência dessa previsão na lei federal que dispunha sobre o assunto.

Dessa maneira, a disposição constitucional relativa à proteção à saúde compele e ampara o legislador federal, estadual, distrital e municipal, ao excluir, antecipadamente, determinados arranjos normativos, com ela incompatíveis, do rol de opções políticas possíveis, ao mesmo tempo em que constrói uma esfera de legitimação para intervenções político-normativas que, legitimadas de maneira democrática, significam conclusões autorizadas pelo preceito constitucional (BRASIL, 2017e).

Com a pandemia de Covid-19, a descentralização e o federalismo cooperativo sanitário também foram alvo de debates no âmbito do Supremo Tribunal Federal, ante a necessidade de atuação conjunta e articulada dos entes políticos para o combate dessa crise na saúde. Trata-se de um momento no qual a estrutura do Sistema Único de Saúde foi reconhecida e valorizada como a materialização evidente do federalismo cooperativo.

Nesse viés, o Supremo Tribunal Federal afirmou que o federalismo cooperativo, longe de ser uma peça retórica, é um federalismo que demanda o compartilhamento tanto de competências quanto de rendas, com a finalidade de se alcançar um desenvolvimento nacional harmônico e integrado (BRASIL, 2020b).

Sendo assim, o federalismo cooperativo exige liderança política e uma relação de apoio mútuo entre os entes da federação, que devem deixar de lado possíveis divergências ideológicas ou partidárias dos seus governantes para que dialoguem e permitam, com isso, que o federalismo cooperativo, previsto pelo legislador constituinte na Constituição de 1988, funcione de maneira efetiva.

De acordo com o Supremo Tribunal Federal, a lei não pode impor a cooperação entre os entes políticos, sobretudo em razão das peculiaridades da realidade fenomenológica e da imprevisibilidade da evolução da pandemia, uma vez que o legislador não poderia prever, antecipadamente, todas as cenários que os administradores públicos possam vir a enfrentar (BRASIL, 2020b).

Assim, consoante decidido na ADI 6343/DF, em situações críticas, são instrumentos imprescindíveis o fortalecimento da união e a ampliação das relações de cooperação entre os três poderes, no âmbito de todas as entidades federativas, que devem ser utilizados pelos representantes políticos na defesa do interesse público, respeitando-se, contudo, os mecanismos constitucionais de equilíbrio das instituições e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, que devem ser continuamente valorizados, de maneira que sejam evitados o aumento de personalismos prejudiciais ao comando das políticas públicas indispensáveis ao

enfrentamento da pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2020d).

Isto posto, o Supremo Tribunal Federal afirma que:

Se, por um lado, é efetivamente relevante a necessidade de padronização dos instrumentos de enfrentamento da crise sanitária, por outro, é preciso reconhecer que o Brasil é um país com dimensões continentais, com regiões que demandam soluções ajustadas ao seu contexto. É nesse contexto que tem se fortalecido a ideia de federalismo cooperativo (BRASIL, 2020d, p. 82).

No que diz respeito à terceira categoria final, infere-se que o Supremo Tribunal Federal, mesmo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, manteve, por algum tempo, a sua jurisprudência voltada para a centralização do exercício das competências em matéria de saúde no âmbito da União.

Argumenta-se, ainda, que essa centralização também seria decorrência do próprio Texto Constitucional de 1988, no qual o constituinte originário concentrou inúmeras competências privativas na esfera nacional.

Observe-se, a seguir, a manifestação do Supremo Tribunal Federal nesse sentido:

Neste aspecto, a federação brasileira ainda se revela altamente centralizada, por vezes aproximando-se de um federalismo meramente nominal. Vislumbro dois fatores essenciais para esse quadro. O primeiro é de índole jurídico-positiva: a engenharia constitucional brasileira, ao promover a partilha de competências entre os entes da federação (artigos 21 a 24), concentra grande quantidade de matérias sob a autoridade privativa da União. O segundo fator é de natureza jurisprudencial. Não se pode ignorar a contundente atuação do Supremo Tribunal Federal ao exercer o controle de constitucionalidade de lei ou ato federal e estadual, sobretudo aquele inspirado no “princípio da simetria” e numa leitura excessivamente inflacionada das competências normativas da União (BRASIL, 2020b, p. 94).

Assim, prevalecia o entendimento de que Estados, Distrito Federal e Municípios, não obstante fossem igualmente integrantes da República Federativa do Brasil, como previsto no artigo 1º da Constituição Federal de 1988, tinham suas respectivas competências suplantadas, assumindo um papel secundário na federação brasileira e contrariando, por conseguinte, a disposição constitucional. A redução da relevância dos entes subnacionais no exercício de suas competências prejudicava, também, a efetividade deste exercício para o atendimento do bem comum (BRASIL, 2018).

Destacou, ainda, o Supremo Tribunal Federal que:

[...] Dentro desse movimento pendular que caracteriza o federalismo brasileiro, com momentos de grande concentração de poder ao nível da União, e outros, de grande desconcentração em favor dos demais entes federativos, verifica-se que, paulatinamente, estamos caminhando, na verdade, para um Estado unitário descentralizado, haja vista as recentes reformas administrativas, previdenciária, judiciária, tributária. Observa-se também, que, no âmbito da competência concorrente prevista no artigo 24 da Carta Magna, cada vez mais vemos esvaziada a competência

dos Estados de legislar supletivamente, porque a União, quando legisla, esgota o assunto, não se limita a editar apenas normas gerais (BRASIL, 2006, p. 384).

Contudo, consoante disposto na ADI 2303/RS, recentemente o Supremo Tribunal Federal, ao analisar a dinâmica que envolve o processo de centralização e descentralização no Brasil, típica característica da distribuição do poder entre os entes políticos, reconheceu a necessidade de mitigação desse posicionamento, através da efetivação da descentralização do exercício das competências para os entes subnacionais, de maneira que sejam atendidas as suas necessidades regionais e locais, assim como o desenho federativo voltado à tutela da saúde, conforme disposto no âmbito da vigente Carta Constitucional (BRASIL, 2018).

Portanto, o Supremo Tribunal Federal dispôs que, se o Estado é plural, não se admite a centralização de competências em relação a um único membro da federação, em detrimento dos demais entes, principalmente quando se almeja a defesa e proteção da saúde (BRASIL, 2017c).

Desse modo, a excessiva centralização de competências do ente central deve ser combatida quando esse vai além de seu poder legislativo, adentrando na seara das competências dos demais entes federativos, em particularidades que deveriam ser tratadas pelos entes subnacionais (BRASIL, 2017c).

Em que pese a estipulação de uma extensa lista de competências privativas de responsabilidade da União, considerada uma das razões, conforme se afirmou anteriormente, pelas quais o Supremo Tribunal Federal decidiu, durante muito tempo, a favor da centralização em torno do ente central, a inserção de normas de tendência nitidamente descentralizadora no bojo da Carta Magna de 1988, relacionadas à distribuição das competências legislativas e administrativas, com fundamento do princípio da predominância do interesse, induziram a uma alteração jurisprudencial daquele Tribunal em sentido oposto ao da concentração.

Quando do advento da pandemia de Covid-19, o Supremo Tribunal Federal manifestou-se contrário à excessiva concentração de competências relativas ao direito à saúde nas mãos da União, expondo a imprescindibilidade de sua mitigação como meio para efetivação do federalismo cooperativo estabelecido na Constituição de 1988.

Asseverou-se, também, que a inserção de competências normativas concorrentes na Constituição Federal de 1988 indica a superação do denominado federalismo hegemônico e centrípeto, bastante representativo no decorrer da história da República brasileira, para um federalismo de equilíbrio, buscando-se, assim, um aperfeiçoamento das instituições republicanas, no sentido de minimizar a tendência demasiadamente centralizadora que prevaleceu ao longo da organização do Estado brasileiro (BRASIL, 2020e).

Para o enfrentamento da Covid-19, faz-se necessária a coordenação, cooperação e

liderança para que os entes federativos encontrem soluções adequadas a essa crise pandêmica, não cabendo à União centralizar todas as medidas sanitárias, afastando as iniciativas dos Estados, Distrito Federal e Municípios, assim como a estes não é conferida a prerrogativa de atuarem ao total arrepio das determinações do ente central.

Ao abordar esse aspecto, o Supremo Tribunal Federal assim decidiu:

O Poder Executivo federal exerce o papel de ente central no planejamento e coordenação das ações governamentais em prol da saúde pública, mas nem por isso pode afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotem medidas sanitárias previstas na Lei 13.979/2020 no âmbito de seus respectivos territórios, como a imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, sem prejuízo do exame da validade formal e material de cada ato normativo específico estadual, distrital ou municipal editado nesse contexto pela autoridade jurisdicional competente (BRASIL, 2020f, p. 02).

Dessa maneira, é possível notar que o Supremo Tribunal Federal, ao tratar sobre a defesa do direito à saúde, tem buscado a modificação de sua jurisprudência, no sentido de estabelecer a autonomia e incentivar a descentralização dos entes políticos subnacionais no desempenho das competências legislativas e administrativas constitucionalmente previstas e, por conseguinte, minimizar a centralização da atuação da União, almejando o equilíbrio desejado pelo legislador constituinte originário de 1988.

CONCLUSÃO

De acordo com o exposto ao longo desta pesquisa, o federalismo surgiu como forma de organização e limitação do poder político em um determinado território, refletindo a estrutura social existente em um dado momento histórico.

Por esse motivo, considera-se que se trata de um fenômeno dinâmico, o qual reflete a necessidade de superação de obstáculos para a composição de interesses divergentes, com vistas à persecução de objetivos e bem comuns de uma sociedade.

O federalismo representa, pois, uma maneira de preservar a unidade em meio às diversidades regionais e uma busca por equilíbrio, através da manutenção da pluralidade inerente ao meio social. Sendo assim, trata-se de mecanismo que pode ser empregado mesmo em uma área territorial extensa, sobretudo em virtude do avanço tecnológico e das comunicações.

Além disso, a forma federal de Estado mostra-se como um instrumento de fortalecimento dos direitos fundamentais e da democracia, por permitir espaços de diálogo em busca de soluções consensuais no âmbito da política, assegurando-se, assim, o respeito às diferenças dentro de um arranjo democrático e, por conseguinte, à liberdade.

A ordem federal, segundo registros históricos e em que pese posicionamentos em sentido contrário, é considerada uma criação norte-americana, para a contenção, principalmente, dos ímpetus facciosos de alguns grupos originários dos Estados integrantes da Confederação existente à época, que, sob esta configuração, não possuíam limites e colocavam em risco a unidade então alcançada pelos Estados Unidos, deixando-o vulnerável quanto às ameaças não apenas de origem interna, mas também externa.

Importante ressaltar que, apesar do modelo federal norte-americano ser considerado o precursor e detentor de certas características, não é adequado que se afirme que ele é o modelo perfeito, a ser seguido fielmente pelos territórios que pretendem ou que já implementaram o federalismo para a organização política do território.

Nesse viés, apesar de ser possível detectar-se a presença de elementos característicos comuns no federalismo adotado por diversos países, há nuances que os distinguem e que são, na verdade, resultado, precipuamente, da sua experiência social, o que demonstra a sua versatilidade como forma de Estado.

Em que pese isso, são elencadas algumas características consideradas imprescindíveis à estruturação do federalismo e que devem aparecer, em sua maioria, naqueles países que pretendam ser considerados como federais.

A primeira característica mencionada é a imposição de uma constituição escrita, ou seja, um acordo expressamente consignado, que possui a finalidade de proteger os Estados contra a União e a sociedade contra o poder político estabelecido, garantindo, sobretudo, a liberdade dos indivíduos.

A constituição escrita, cuja criação estaria relacionada diretamente ao federalismo, trata-se de um documento de extrema relevância, na medida em que, através dele, são estipulados os limites do exercício do poder político e a maneira pela qual ele é distribuído aos entes federativos, a fim de coibir possíveis arbitrariedades e abusos de poder que coloquem em risco a existência do Estado federal.

É importante, por isso, que a constituição que rege uma determinada estrutura federativa seja um documento detentor de um conteúdo estável, que só possa ser alterado de acordo com regras previamente estabelecidas e com a aprovação das entidades federativas, ficando, assim, blindado de ingerências desprovidas de amparo jurídico.

A distribuição de competências entre o ente central e os entes regionais, no âmbito da constituição federal, aparece, também, como elemento essencial na estruturação do federalismo, uma vez que garante a existência política de tais entidades, havendo várias formas de definição dessas competências, sendo as mais comuns as competências enumeradas, concorrentes e residuais. Caso exista uma ampla enumeração de competências destinadas ao ente central, a tendência é haver uma minimização dos Estados-membros.

Porém, ressalte-se que a distribuição de competências traz consigo a necessidade de previsão de fontes de financiamento para que elas sejam exercidas a contento, sob pena de se criar uma situação inconveniente, principalmente aos entes descentralizados, na qual há responsabilidades, mas não há possibilidade de atendê-las, que, muitas vezes, têm que recorrer ao ente central para que sejam disponibilizados os recursos de que precisam, gerando uma dependência política prejudicial à autonomia desses entes.

É necessário, ainda, que além de uma constituição escrita e rígida, haja a previsão de mais de uma ordem de poder político em um Estado federal, as quais se permita a elaboração de suas próprias constituições, desde que estas obedeçam aos princípios estabelecidos na constituição federal.

A previsão de mais de uma ordem política no federalismo permite a participação dos entes subnacionais nas decisões de abrangência nacional e a atuação autônoma deles em diversos assuntos definidas na constituição, inclusive sendo permitido que se oponham ao definido nas políticas nacionais, uma vez que possuem poderes irrevogáveis atribuídos pelo próprio legislador constituinte originário.

Aos entes subnacionais também deve ser permitida a participação na elaboração da vontade geral do Estado federal. Isso acontece, em geral, por meio da eleição de representantes dos Estados-membros ao Senado Federal.

Além disso, no bojo da constituição escrita precisa estar prevista a indissolubilidade do vínculo federativo, na medida em que inexistente o direito de secessão dos entes parciais, o que confere estabilidade e durabilidade às federações formadas. Para a preservação da federação, há, inclusive, a possibilidade de intervenção federal, disposta no texto constitucional, no ente regional que queira se insurgir contra o pacto federativo.

Finalmente, faz-se necessária a criação de um Tribunal Constitucional, cujo papel é o de “árbitro da federação”, isto é, a ele compete solucionar os conflitos de competências entre os membros do Estado Federal e que acontecem corriqueiramente no desempenho das suas responsabilidades constitucionais.

Conforme demonstrado, o federalismo foi fundado, inicialmente, através da implementação de uma repartição rígida de competências atribuídas ao ente central e aos entes regionais, sendo denominado de federalismo dual ou dualista. Este caracteriza-se, portanto, por uma delimitação de competências marcante, de maneira que se possibilitasse o exercício pleno da autonomia dos membros da Federação.

Ressalte-se, ainda, que, no federalismo dual, a União e os Estados-membros eram vistos como rivais no desempenho de suas responsabilidades constitucionais e a separação das competências somente foi permitida em virtude da conjuntura do Estado liberal prevalecente à época.

Em seguida, em que pese as relevantes contribuições do federalismo dual, as modificações da sociedade, que demandava uma atuação mais incisiva do Estado, deram azo à transformação do próprio federalismo, fixando-se os fundamentos do federalismo cooperativo, no qual se exige que sejam empregados esforços compartilhados entre os integrantes de uma Federação para o desempenho de ações conjunturais voltadas para a busca de resolução de problemas sociais e econômicos.

No Brasil, o federalismo remonta ao período imperial, e vários fatores são apontados como decisivos ao estabelecimento dessa forma de organização político-administrativa, como, por exemplo, a existência de uma extensa área territorial, um prévio desenvolvimento de um processo de descentralização e a influência da Independência dos Estados Unidos (1776) e da Revolução Francesa (1789).

Observa-se que, no decorrer da experiência constitucional brasileira, houve um movimento pendular, que oscila ora entre uma maior centralização e ora entre uma maior

descentralização, a depender do momento histórico analisado.

No texto da Constituição Federal de 1988, houve a reestruturação do federalismo no Brasil, em decorrência dos anseios sociais relativos ao bem-estar, à democracia e à descentralização do poder, buscando-se, simultaneamente, assegurar a limitação do poder e os direitos fundamentais individuais, mas também a realização dos direitos sociais típicos do Estado Social e Democrático de Direito.

A federação brasileira regida pela Carta Magna de 1988, portanto, manteve a previsão de um amplo leque de competências da União, estabeleceu uma maior autonomia aos Estados e elevou o Município à categoria de ente federativo, dando origem ao denominado triplo federalismo.

É importante enfatizar a predominância da autonomia dos membros da federação no âmbito constitucional, o que pressupõe, por conseguinte, a repartição de competências entre eles, com o objetivo de reconstruir a estrutura federativa de maneira a possibilitar a atuação mais equilibrada de suas responsabilidades constitucionais.

Nesse contexto, surge, também, o federalismo cooperativo, que determina a atuação conjunta dos membros da Federação em relação a matérias que exigem um tratamento homogêneo no território nacional, de maneira que as políticas públicas desenvolvidas sejam implementadas adequadamente pelo Estado.

Quanto à saúde, esta foi, durante muito tempo, negligenciada por parte do Poder Público, observando-se apenas medidas voltadas à saúde pública, como o combate às epidemias, por exemplo.

Os indivíduos que necessitavam de tratamentos para a proteção ou recuperação da saúde precisavam pagar por eles ou recorrer a ações de beneficência, de origem estatal ou privada. Entretanto, o desenvolvimento do capitalismo propiciou o acesso a ações e serviços de saúde por uma parte da população.

A saúde foi elevada à categoria de direito humano fundamental, sendo insculpida em diferentes instrumentos normativos internacionais e em cartas constitucionais de diversos países. Ressalte-se, porém, que o conceito de direito à saúde não possui uma unanimidade, existindo variadas definições que tentam esclarecer o seu conteúdo.

Nesta pesquisa, adotou-se a concepção segundo a qual o direito à saúde se trata de uma experiência de bem-estar e integridade do corpo e da mente, caracterizada pela ausência de doenças e pela capacidade do indivíduo buscar as suas metas de vida. Além disso, destaca-se a necessária relação entre a saúde e o desenvolvimento socioeconômico.

De qualquer maneira, sobreleva-se o fato de que o direito à saúde diz respeito a um

direito complexo, constituído por várias nuances capazes de interferir, diretamente, na sua definição. Por isso a dificuldade daqueles que se dedicam ao estudo do tema em forjar um conceito que seja minimamente homogêneo.

No que tange ao direito à saúde no Brasil, este, em geral, não foi tratado de forma prioritária, em razão da ausência ou insuficiência de políticas públicas destinadas a sua prestação aos indivíduos em geral, que tinham, muitas vezes, que recorrer a meios alternativos para alcançá-lo.

Tal quadro sofreu uma alteração significativa a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual reconheceu-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado, refletindo o momento de aspiração democrática da sociedade brasileira, que estava em vias de se desvencilhar do regime autoritário vigente.

Nesse cenário, inseriu-se na Constituição Federal de 1988 um capítulo inédito sobre a saúde, como resultado desse processo de mobilização social pela democratização da saúde, afirmando-se, entre outros pontos relevantes, a saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS aparece como expressão da relevância atribuída às políticas públicas de saúde, em um contexto no qual a democracia e a cidadania são reconhecidas como imprescindíveis à consecução de uma sociedade mais justa e igualitária.

Ademais, compete a todos os entes da federação cuidar da saúde, conforme enumerado nas competências administrativas comuns elencadas no art. 23, II, da Carta Magna de 1988, bem como cabe à União e aos Estados-membros legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde, conforme art. 24, XII, da Constituição Federal de 1988.

A estruturação do SUS, com a sua descentralização político-administrativa e regionalização, e as competências destinadas aos integrantes da federação em matéria de saúde, constituem o denominado federalismo cooperativo sanitário.

Através da descentralização das políticas de saúde, acompanhando o desenho federativo brasileiro e com momentos de maior ou menor regionalização, foi possível a transferência do poder decisório, das responsabilidades relacionadas à gestão do SUS e dos recursos financeiros para os entes subnacionais, de maneira que estes pudessem conduzir as ações concernentes à proteção da saúde de acordo com as suas realidades locais.

Ressalte-se, contudo, que não devem ser olvidadas as complexidades e diversidades relacionadas à descentralização do SUS no Brasil, principalmente diante das inúmeras diferenças que existem na imensa extensão territorial do país, assim como as dificuldades enfrentadas pelos Estados e Municípios na gestão das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, o processo de descentralização é afetado, principalmente, pelas condições previamente situadas nos entes subnacionais, concernentes à capacidade financeira, administrativa e operacional na prestação dos serviços de saúde. Outro fator de influência em destaque diz respeito à disposição política dos poderes executivos estaduais e municipais.

Tanto no decorrer da descentralização quanto no exercício das competências constitucionais pelos entes federativos, verifica-se o surgimento de conflitos, que acabam desembocando no Poder Judiciário para que haja uma resolução.

No ordenamento jurídico pátrio, o Supremo Tribunal Federal possui a finalidade de atuar como árbitro da federação, papel consolidado após inúmeras mudanças ao longo da construção do processo constitucional brasileiro.

No que tange especificamente ao estabelecimento do federalismo cooperativo sanitário na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, através da análise de conteúdo dos acórdãos proferidos entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 e 11 de março de 2021, data que delimita um ano após a declaração da pandemia de Covid-19, foram obtidas 3 (três) categorias finais (Federalismo e autonomia dos entes federativos; Descentralização e federalismo cooperativo sanitário; Centralização na União em matéria de saúde e necessidade de sua atenuação).

Através dessas categorias finais, foi possível inferir e interpretar os resultados desta pesquisa. Assim, quanto à relação existente entre federalismo e autonomia dos entes federativos, o Supremo Tribunal Federal tem conferido ênfase à preservação desta característica, que se mostra pressuposto para a federação.

A delimitação de competências permite que as entidades políticas conservem a sua autonomia, pois possuem um campo de atuação que lhes é inerente e definido constitucionalmente, cabendo ao Supremo Tribunal Federal definir os devidos limites, para que não haja usurpação das atribuições de um ente por outro.

Quanto à descentralização e o federalismo cooperativo sanitário, o Supremo Tribunal Federal reconhece que, durante muito tempo, teve dificuldade em concretizar tais determinações do legislador constituinte originário.

Infere-se que tal quadro decorre, principalmente, da influência do Regime Militar precedente à Constituição Federal de 1988, no qual houve uma centralização demasiada no Poder Executivo Federal das iniciativas das políticas de saúde. Havia pouco espaço para os entes subnacionais desempenharem tarefas ou legislares nessa esfera.

Essa conjuntura refletiu, diretamente, nas decisões do Supremo Tribunal Federal emanadas nos anos seguintes à promulgação da Carta Magna, as quais reconheciam que, em

divergências sobre o exercício das competências em saúde, competia à União a tomada de iniciativa nessa matéria.

Posteriormente, os membros da Corte Superior passaram a reconhecer a necessidade de uma maior participação tanto dos Estados quanto dos Municípios na execução de políticas públicas de saúde, entendendo que estes possuem maior conhecimento das suas necessidades regionais e locais, o que diz respeito à questão da mitigação do protagonismo da União, conforme a terceira categoria final levantada nesta investigação.

Com a pandemia de Covid-19, tornou-se imprescindível a colaboração entre os integrantes da federação, que se depararam com um quadro que demandou agilidade nas decisões e que provocou, para isso, uma corrida em busca de soluções para enfrentá-lo.

Entretanto, inúmeros conflitos foram suscitados, perante o Supremo Tribunal Federal, decorrentes, sobretudo, em razão do exercício das competências comuns e concorrentes pela União e os entes regionais e locais. O que se viu foi, ao invés de uma cooperação sanitária, uma verdadeira descoordenação, o que revelou a falta de planejamento por parte do ente central e inúmeros personalismos nas tomadas de decisão.

O Supremo Tribunal Federal, então, instado a se manifestar sobre o tema, expôs uma série de argumentos que confirmaram a previsão constitucional do federalismo cooperativo sanitário, que exige a atuação conjunta e colaborativa dos membros federativos, para que as ações e políticas de saúde possam ser efetivadas de maneira eficiente, independente das diferenças políticas existentes, dada a excepcional situação pandêmica experimentada na atualidade.

Portanto, compreende-se que, diante da emergência da pandemia de Covid-19, o Supremo Tribunal Federal atribuiu ao federalismo cooperativo sanitário maior destaque, levando-o ao centro de inúmeras discussões no meio jurídico, evidenciando-o como instrumento de suma relevância para o enfrentamento do cenário pandêmico, restando caracterizada, pois, uma evolução jurisprudencial, quando se compara o período pré e pós-pandemia, observando-se uma nítida ênfase, neste último, à estrutura prevista pela Constituinte de 1988 na área da saúde.

Se essa tendência permanecerá após o fim da pandemia de Covid-19, ainda é uma incógnita, já que a composição da Corte Suprema também tende a se alterar e, por conseguinte, suas decisões também ficam suscetíveis a mudanças, mas seria uma contribuição sem precedentes se ela permanecesse e fosse aperfeiçoada, para o devido desenvolvimento do federalismo cooperativo sanitário brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Luiz Fernando. **Os Barões da Federação**. Os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec -Departamento de Ciência Política, USP, 1988.

AGÊNCIA BRASIL. **Primeiro caso de covid-19 no Brasil completa um ano**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

AÑÓN, Lema Carlos. **Salud, justicia, derechos**: el derecho a la salud como derecho social. Madrid: DYKINSON, 2009.

ARANTES, Rogério Bastos. **Judiciário e política no Brasil**. São Paulo: Idesp; Editora Sumaré; Fapesp; Educ, 1997.

ARAÚJO, Marcelo Labanca Corrêa de. **Jurisdição Constitucional e Federação**: o princípio da simetria na jurisprudência do STF. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BADÍA, Juan Ferrando. El federalismo. **Revista de estudios políticos**, n. 206-207, 1976, p. 23-76. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704469>>. Acesso em: 10 out. 2021.

BARBOSA, Rui. **A constituição e os actos inconstitucionales do Congresso e do Executivo ante a Justiça Federal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atlantida, 1983.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2017.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maria. O Federalismo Dualista e Competitivo: A Concepção Norte-Americana e suas Possíveis Influências no Modelo Brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 98, p. 159-174, 1 jul. 2008. Disponível em: <<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/72>>. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. **Federação e federalismo: uma análise com base na superação do Estado Nacional e no contexto do Estado Democrático de Direito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esp. Enf. USP**, v. 30, n. 3, dez., 1996, p. 380-398. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nvBCWN369CLGJPQzB6k9HyL/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérta Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, mar./abr., 2011, n. 10. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/download/3853/5851/23075>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. 1890. **Decreto nº 848, de 11 de outubro de 1890**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d848.htm>. Acesso em: 30 out. 2021.

_____. 1891. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em: 30 out. 2021.

_____. 1967. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. 1990. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. 2006. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 3.645**, Brasília, DF, 31 de maio de 2006. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2007. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 1.278**, Brasília, DF, 16 de maio de 2007. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. 2014. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 4.954**, Brasília, DF, 20 de agosto de 2014. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. 2014b. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 4.423**, Brasília, DF, 24 de setembro de 2014. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

_____. 2017. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 3.470**, Brasília, DF, 29 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. 2017b. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 3.937**, Brasília, DF, 24 de agosto de 2017. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. 2017c. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 3.356**, Brasília, DF, 30 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

_____. 2017d. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 109**, Brasília, DF, 30 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2017e. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 4.066**, Brasília, DF, 24 de agosto de 2017. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2018. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 2.303**, Brasília, DF, 05 de setembro de 2018. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2019. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 4.306**, Brasília, DF, 20 de dezembro de 2019. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2020a. **Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: < in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-926-de-20-de-marco-de-2020-249094248>. Acesso em: 15 dez. 2021.

_____. 2020b. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 6.341**, Brasília, DF, 15 de abril de 2020. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

_____. 2020c. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 6.362**, Brasília, DF, 02 de setembro de 2020. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

_____. 2020d. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 6.343**, Brasília, DF, 06 de maio de 2020. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. 2020e. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade n.º 2.341**, Brasília, DF, 05 de outubro de 2020. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

_____. 2020f. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 672**, Brasília, DF, 13 de outubro de 2020. Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2008.

CÂMARA, Maria Helena Ferreira da. O conceito moderno de federação. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 18, n. 71, jul./set., 1981, p. 23-42. Disponível em: < <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181297/000392826.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 09 out. 2020.

CARVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A Construção da Saúde Pública no Brasil no século XX e Início do Século XXI. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (Orgs.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 1-17.

CASTILHO, Ricardo. Estado: Elementos Constitutivos, Conceito, Objetivos e Tipos. In: **O federalista atual: teoria do federalismo**. RAMOS, Dircêo Torrecilhas (Org.). Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

COSTA, Emília Viotti da. **O Supremo Tribunal Federal e a construção da cidadania**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

CURREA-LUGO, Víctor. **La salud como derecho humano**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. **O Estado Federal**. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 22, 1988, p. 57-63. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

_____; Nunes Júnior, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Editora Verbatin, 2010.

_____. Poderes Republicanos e a defesa do direito à saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao (Orgs.). **Direito Sanitário em Perspectiva** – Vol. 2. Brasília: ESMPU; FIOCRUZ, 2013, p.21-44.

DANTAS, Andrea de Quadros. O STF como árbitro da federação: uma análise empírica dos conflitos federativos em sede de ACO. **Revista Direito GV**, v. 16, n. 2, p. e1964, 2020.

Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/83264/79068>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: <

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

DOLHNIKOFF, Miriam. **O pacto imperial**: origens do federalismo no Brasil do século XIX. São Paulo: Globo, 2005.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bCWB3sWTXQLXWjjFkcWwgLt/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ELAZAR, Daniel Judah. **Exploring Federalism**. Alabama: The University of Alabama Press, 1991.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 323-363.

_____; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora

FIOCRUZ, 2012, p. 279-321.

ESTEVES, Roberto. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. **International Journal for Equity in Health**, London, 2 Feb. 2012. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-6>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. O Estado Federal brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 77, p. 131-140, 1982. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66947>>. Acesso em: 31 out. 2021.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origens das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas (Universidade federal de Ouro Preto – UFOP). Escola de Farmácia. 2012.

GARCÍA-PELAYO, Manuel. **Derecho constitucional comparado**. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993.

GONÇALVES, Maria de Fátima da Costa. Sentido e valor da sociologia compreensiva de Max Weber. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 8, n. 1, p. 111-132, 2004.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Triacastela, 2008.

GUIMARÃES, Guilherme Avelar. **Autonomia política federativa e jurisdição constitucional: a atuação recente do STF como Árbitro da Federação à luz do princípio da subsidiariedade**. 2013. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2013. 162f. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=23411@1>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

HORTA, Raul Machado. **Direito Constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

KELSEN, Hans. **Jurisdição Constitucional**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, v. 6, n. 2., pp. 269-291. Acesso em: 2 dez. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>.

LIMA, Luciana Dias de *et al.* Regionalização da saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

LIZIERO, Leonam Baesso da Silva; CARVALHO, Fabrício. Federalismo e Centralização no Brasil: Contrastes na Construção da Federação Brasileira. **Revista de Direito da Cidade**, vol. 10, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/32661>>. Acesso em: 28 out. 2021.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LOEWENSTEIN, Karl. **Teoría de la constitución**. Barcelona: Ariel, 1979.

MACHADO, Roberto; *et. al.* **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MADISON, James; HAMILTON, Alexander; JAY, John. **Os artigos federalistas, 1787-1788**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

MARANHÃO (Estado). **Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020**. Estabelece medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <http://stc.ma.gov.br/legislado_documento/?id=5799>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MARRAFON, Marco Aurélio. Federalismo Brasileiro: reflexões em torno da dinâmica entre autonomia e centralização. *In*: CLÈVE, Clèmerson Merlin (Coord.). **Direito Constitucional Brasileiro**: Organização do Estado e dos Poderes. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 9. Ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José Ângelo. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 1, p. 29-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FILKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MILL, John Stuart. **O Governo representativo**. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2019.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OMS. 1997. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**.

Disponível em: <

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_decldeclara_portuguese.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ONU. 1989. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <

<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

_____. 1948. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <

<https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

_____. 1966. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**.

Disponível em: <

[https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20DireiDir%](https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20DireiDir%20)

20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

OPAS. 2021. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de Covid-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1946. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. São Paulo: Unesp, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ORTS, Adela Cortina. Ética, Tecnología y Salud. *In: Ética y salud*. CALVENTE, Maria del Mar García (Org.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

PAIXÃO, Leonardo André. **A função política do Supremo Tribunal Federal**. 2007. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde01092007150125/publico/PAIXAO_Funcao_Politica_do_STF.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2021.

PEREIRA, Fábio Franco. **A federação no constitucionalismo brasileiro**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-07072011-090937/pt-br.php>>. Acesso em: 30 out. 2021.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

RAMOS, Dircêo Torrecillas. **O federalismo assimétrico**. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade**: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas. 2012. 256 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.

_____; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul./dez., 2013.

_____; MIRANDA NETTO, Edson Barbosa de. 2017. Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988, **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, jan./abr., 2017, p. 43-66.

_____; _____. 2017b. O Federalismo e o Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988: Limites e Possibilidades ao Estabelecimento de um Autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica**, [S.l.], v. 4, n. 49, p. 304 - 330, nov. 2017. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2296>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Federalismo: condições de possibilidade e características essenciais. In: **Constituição e federalismo no mundo globalizado**. RAMOS, Paulo Roberto Barbosa (Org.). São Luís: EDUFMA, 2011.

_____. **Federalismo e descentralização territorial em perspectiva comparada: os sistemas do Brasil e da Espanha**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2012.

_____; PINHEIRO, Analissa Barros. Objeções à Constituição Americana de 1787: as Perspectivas dos Antifederalistas no Contexto do Surgimento da Nova Ordem Constitucional dos Estados Unidos. **Revista Brasileira de Teoria Constitucional**, v. 3, n. 2, p. 57-77, 2017.

REZENDE, Sonaly Cristina; HELLER, Léo. **O saneamento no Brasil: políticas e interfaces**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

RIBEIRO, Ricardo Lodi. Do federalismo dualista ao federalismo de cooperação – a evolução dos modelos de estado e a repartição do poder de tributar. **Revista Interdisciplinar de Direito**, v. 16, n. 1, p. 335-362, jan./jun., 2018. Disponível em: <<https://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/download/498/375/>>. Acesso em: 21 out. 2021.

RIKER, William Harrison. **The development of American Federalism**. Lancaster: Kluwer Academic Publishers, 1987.

ROA, Alejandra Carrillo; CANTÓN, Gerardo Alfaro; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reforma. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

ROCHA, Fernando Luiz Ximenes. O Supremo Tribunal Federal como corte constitucional. **Revista de informação legislativa**, v. 34, n. 135, p. 185-190, jul./set. 1997. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/269>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

RODRIGUES, Lêda Boechat. **A Corte Suprema e o Direito Constitucional Americano**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

SALLES, Manuel Ferraz de Campos. **Exposição de motivos do Decreto nº 848, de 11 de outubro de 1890**. *In*: Decreto n.º 848, de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-848-11-outubro-1890-499488-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SCAFF, Fernando Facury; ROCHA, Francisco Sergio Silva. Princípios, elementos e conceito do Estado Federal. *In*: **O federalista atual: teoria do federalismo**. RAMOS, Dircêo Torrecillas (Org.). Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013.

SCHMITT, Carl. **Teoría de la Constitución**. Madrid: Alianza Editorial, 1996.

SCHWARTZ, Bernard. **Direito Constitucional Americano**. Tradução de Carlos Nayfeld. Rio de Janeiro: Companhia Editora Forense, 1966.

_____. **O Federalismo Norte-Americano Atual: uma visão contemporânea**. Tradução de Elcio Cerqueira. Rio de Janeiro: Forense Universitária Ltda., 1984.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, 2015, vol. 17, n. 1, p. 1-14.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2017.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia Política**, n. 24, jul., 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yJv4JHqyV65vcjb/?lang=pt#>>. Acesso em: 30 out. 2021.

STF. **Comemoração do Centenário da Instalação do Supremo Tribunal Federal** (Sessão solene realizada em 28-2-1991). Brasília: Supremo Tribunal Federal, 1993. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.stf.jus.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/3454/145801.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

TOMAZETTE, Marlon. A contribuição metodológica de Max Weber para a pesquisa em Ciências Sociais. **Revista Universitas Jus**, Brasília, vol. 17, jul./dez., 2008. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/614>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

VALE, Osvaldo Trigueiro do. **O Supremo Tribunal Federal e a instabilidade político-institucional**. 1975. Dissertação (Mestrado). Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1975. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8781>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 645-684, 2008.

_____; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, Pedro Nilson Moreira; GOLTZMAN, Elder Maia. Diálogos institucionais e federalismo: o exemplo brasileiro. In: **Direito econômico: entre a influência internacional e a brasileira**. THIEL, Meryl Marylyne Renee (Org.). São Luís: EDUFMA, 2021.

WATTS, Ronald Lampman. **Sistemas Federales Comparados**. Madrid: Marcial Pons, 2006.