

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE
JUSTIÇA
MESTRADO ACADÊMICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SARA BARROS PEREIRA DE MIRANDA

**JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19: uma
análise da atuação do Supremo Tribunal Federal em sede de controle concentrado de
constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo no ano de 2020**

São Luís
2021

SARA BARROS PEREIRA DE MIRANDA

JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19: uma análise da atuação do Supremo Tribunal Federal em sede de controle concentrado de constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo no ano de 2020

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 Mestra em Direito.

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

Orientadora: Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos

São Luís
2021

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

Barros Pereira de Miranda, Sara.

JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19 : uma análise da atuação do Supremo Tribunal Federal em sede de controle concentrado de constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo no ano de 2020 / Sara Barros Pereira de Miranda. - 2021.

134 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, 2021.

1. Direito à saúde. 2. Judicialização da política. 3. Pandemia da COVID-19. 4. Supremo Tribunal Federal. I. Barbosa Ramos, Edith Maria. II. Título.

SARA BARROS PEREIRA DE MIRANDA

JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19: uma análise da atuação do Supremo Tribunal Federal em sede de controle concentrado de constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo no ano de 2020

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. Pedro Trovão do Rosário (Examinador Interno)
Universidade Autônoma de Lisboa e Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Augusto Fontoura Costa (Examinador Externo)
Universidade de São Paulo

Ao meu Senhor e Salvador, Cristo Jesus.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por tanta graça e misericórdia derramada sobre minha vida. Ao meu Senhor e Salvador, Cristo Jesus, que durante toda minha vida tem perdoado minhas iniquidades e pecados.

Ao meu marido, Edson Miranda, que esteve durante toda essa caminhada ao meu lado, compreendendo minha ausência, sendo paciente e amável com minhas limitações; por todo o incentivo e apoio aos estudos; por seu amor e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus pais, Josuel e Lilian, por todo amor, carinho e dedicação ao longo de todos os anos; pelo exemplo de honestidade e perseverança; por todo esforço dispendido na minha educação acadêmica e enquanto ser humano.

Aos meus irmãos, Saulo, Pedro e Enzo, pelo carinho e irmandade que nos une, pelo apoio e conselhos nos momentos de incerteza.

Às minhas avós, Vitória e Geralda, que docemente tenho a oportunidade de conviver e aprender valores e ensinamentos que somente elas poderiam me ensinar.

Aos meus tios e tias, especialmente Márcia e Jeremias (*in memoriam*), que me acompanham desde a infância e tanto torcem por minha felicidade e se alegram com as minhas conquistas.

Aos meus padrinhos, Marília e Roberval, que me ensinam diariamente sobre humildade e doação; pelo amor e cuidado que sempre cultivamos uns pelos outros.

À minha orientadora, Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos, que aceitou o desafio de me orientar e o fez de modo incansável, com sugestões e correções à minha pesquisa que sem elas não seria possível sua finalização.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (PPGDIR/UFMA), especialmente dos professores Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos e Dr. Pedro Trovão do Rosário, que participaram de todas as etapas de construção da presente pesquisa.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a todos os servidores do PPGDIR/UFMA, especialmente as bibliotecárias Conceição e Larissa pela simpatia e disposição em ajudar sempre.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos que me auxiliou com recursos para a conclusão do presente curso de Mestrado.

Aos amigos que durante essa caminhada partilharam as dificuldades e alegrias de um mestrado, especialmente Karla, Davi, Sandro e Manoel.

“Verdadeiramente, ele tomou sobre si as nossas enfermidades e as nossas dores levou sobre si; e nós o reputamos por aflito, ferido de Deus e oprimido.

Mas ele foi ferido por nossas transgressões e moído pelas nossas iniquidades; o castigo que nos traz a paz estava sobre ele, e, pelas suas pisaduras, fomos sarados”.

Isaías 53:4-5 (Tradução Almeida Corrigida e Revisada das Escrituras Sagradas).

RESUMO

Com o início da pandemia da COVID-19 no Brasil, o Poder Público foi chamado a agir, de modo a cumprir com o dever constitucional de garantia da saúde da população. Porém, tal atuação resultou em uma série de conflitos que acabaram judicializados no Supremo Tribunal Federal, que, ao longo do ano de 2020, exerceu o papel de mediador entre os diferentes entes e órgãos públicos. Dessa forma, a presente pesquisa objetivou analisar o conteúdo das decisões do STF proferidas no ano de 2020 acerca da atuação dos Poderes Executivo e Legislativo Federais nas políticas públicas sanitárias de enfrentamento à pandemia da COVID-19. Como procedimento metodológico, utilizou-se a análise de conteúdo de Lawrence Bardin, de modo a ser possível compreender as significações explícitas ou não aparentes contidas no conteúdo das decisões judiciais alvos da pesquisa. Por fim, concluiu-se que o STF atuou para resolver os conflitos políticos, federativos e sanitários que lhe foram propostos, em consonância com os ditames da própria CF de 1988, cuja arquitetura constitucional aponta para uma judicialização da política cada vez maior.

Palavras-chave: Judicialização da política. Supremo Tribunal Federal. Poder Executivo. Poder Legislativo. Direito à saúde. Pandemia da COVID-19. Análise de conteúdo.

ABSTRACT

With the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil, the Government was called to act in order to comply with the constitutional duty to guarantee the health of the population. Nevertheless, such action resulted in a series of conflicts that ended up being judicialized in the Federal Supreme Court, which, throughout 2020, played the role of mediator between different entities and public agencies. Therefore, this research aimed to analyze the content of the STF decisions issued in 2020 on the role of the Federal Executive and Legislative Powers in public health policies to fight the COVID-19 pandemic. As a methodological procedure, Lawrence Bardin's content analysis was used, in order to be able to understand the explicit meanings or not apparent contained in the content of the court decisions targeted by the research. Finally, it was concluded that the STF acted to resolve the political, federative and health conflicts proposed to it, in line with the dictates of the 1988 Constitution itself, whose constitutional architecture points to an increasingly greater judicialization of politics.

Keywords: Judicialization of policy. Federal Court of Justice. Executive Power. Legislative Power. Right to health. COVID-19 pandemic. Content analysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	15
2.1 Histórico de Desenvolvimento do Direito à Saúde no Brasil.....	15
2.1.1 Do Período Colonial à Revolução de 1930.....	15
2.1.2 A Política de Intervenção do Estado na Saúde do Brasil: 1930 a 1964.....	20
2.1.3 Da regime militar ao Movimento da Reforma Sanitária: a saúde pública de 1964 a 1987.....	25
2.1.4 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização do direito à saúde pela via constitucional.....	32
3 JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA: uma análise da expansão do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas	38
3.1 Judicialização da Política.....	38
3.2 O princípio da separação de poderes, o neoconstitucionalismo, o controle de constitucionalidade e a expansão contemporânea do Poder Judiciário.....	41
3.3 Condições Facilitadoras da Judicialização da Política.....	47
3.3.1 Expansão da Democracia e do Pluralismo Político.....	48
3.3.2 Separação de Poderes.....	49
3.3.3 Política de Direitos.....	50
3.3.4 O uso dos tribunais pelos grupos de interesse.....	50
3.3.5 O uso dos tribunais por partidos de oposição.....	51
3.3.6 Inefetividade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria (<i>majoritarian institutions</i>).....	52
3.3.7 Percepção negativa das instituições formuladoras de políticas públicas.....	53
3.3.8 Delegação (intencional) de responsabilidade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria (<i>majoritarian institutions</i>).....	54
3.3.9 Rol de competências da Suprema Corte ou da Corte Constitucional.....	55
3.3.10 Constitucionalização abrangente e a dificuldade do processo de reforma constitucional.....	56
3.4 Judicialização da Política no Brasil: condições facilitadoras e o papel do STF.....	56
3.4.1 Judicialização da Política de Saúde no STF.....	61
4 A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL: histórico, papel da OMS e atuação dos Poderes no Brasil	64
4.1 A Pandemia da COVID-19: aspectos históricos e a atuação da Organização Mundial da Saúde no enfrentamento da pandemia.....	66
4.2 Poderes Executivo e Legislativo Federal: atuação no enfrentamento à pandemia da COVID-19 em 2020.....	72
4.2.1 Poder Executivo Federal.....	73
4.2.2 Poder Legislativo Federal.....	81
4.3 STF e as demandas do controle concentrado de constitucionalidade relacionadas à pandemia da COVID-19 no ano de 2020.....	84
5 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS DECISÕES DO CONTROLE CONCENTRADO DE CONSTITUCIONALIDADE PROFERIDAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NO ANO DE 2020 RELACIONADAS À PANDEMIA DA COVID-19	88

5.1 Procedimento metodológico da análise de conteúdo de Laurence Bardin.....	91
5.1.1 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo.....	94
5.2 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo.....	103
5.3 Interpretações e inferências do conteúdo das decisões judiciais do STF coletadas no ano de 2020.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS.....	115

1 INTRODUÇÃO

No decurso do ano de 2020 a temática do direito à saúde ganhou significativa importância devido à situação pandêmica pela qual o mundo passava com o novo vírus coronavírus. Somente no Brasil, foram constatadas mais de 190 (cento e noventa) mil mortos em 2020, o que demonstra ter se tratado de um evento grave, que mudou drasticamente a vida de da população e que exigiu do Poder Público uma atuação organizada, que possibilitasse a implementação de políticas sanitárias que tivessem por escopo a prevenção do contágio, considerando a gravidade da doença e sua fácil disseminação. Sendo assim, políticas voltadas para o distanciamento social, campanhas educativas de conscientização, fiscalização, uso de máscaras etc. (PORTAL G1, 2020e).

Em pouco tempo, o novo coronavírus estabeleceu no Brasil um cenário de crise sanitária, econômica e social. Nesse cenário, chama atenção que, dentre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o Supremo Tribunal Federal (STF), órgão de cúpula do Poder Judiciário, mais que nunca, enquanto guardião da Constituição Federal (CF) de 1988, participou da discussão de diversas temáticas de Direito Sanitário e Direitos Fundamentais relacionados à pandemia da COVID-19. Sendo assim, a Corte, em diversos momentos, foi provocada a resolver conflitos e a julgar a constitucionalidade de leis e outros atos normativos editados pelo Poder Executivo e Poder Legislativo Federais que tinham por finalidade o combate à pandemia.

Essa atuação do STF, em tratar de temáticas não apenas jurídicas, mas também política, se enquadra no conceito de judicialização da política, expressando uma progressiva expansão da autoridade do Poder Judiciário, verificada ao longo da segunda metade do século XX no mundo (TATE; 1995; TATE; VALLINDER, 1995), mas que se intensificou no Brasil apenas após a promulgação da CF de 1988 e o tardio ingresso do Brasil na fase do denominado neoconstitucionalismo (BARROSO, 2005; BARCELLOS, 2005).

Nesse sentido, a presente pesquisa tem como hipótese a seguinte ideia: há uma contínua expansão do poder e da autoridade do STF no que se refere às temáticas até então típicas da seara política, apontando para uma resignificação do papel desta Corte, o que se tornou ainda mais explícito no cenário da pandemia da COVID-19, em que a instituição foi e está sendo chamada continuamente a dirimir acerca de: 1) políticas de saúde; 2) conflitos entre os Poderes Executivo e Legislativo e 3) conflitos entre os entes da Federação, notadamente por meio das Ações do Controle Concentrado de

Constitucionalidade, vale dizer, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO), Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) e Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC).

Justifica-se que, diante do cenário pandêmico no Brasil e das mudanças que o novo coronavírus promoveu não apenas no comportamento social, econômico e sanitário, mas também nas Instituições do Sistema de Justiça nacionais, mostra-se necessário destacar o papel do Poder Executivo Federal, do Poder Legislativo Federal e do STF. O primeiro, porque é um dos principais atores no planejamento e das políticas públicas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo, porque se trata do principal Poder responsável por editar normativas nacionais, principalmente em matéria de Direito Sanitário. O terceiro, porque se trata da instância competente para a solução de litígios que envolvam normas e atos dos Poderes Executivo e Legislativo Federal.

Nesse sentido, a presente pesquisa se propôs a responder ao seguinte questionamento: Tendo como ponto inicial o contexto da COVID-19 no Brasil no ano de 2020, quais inferências podem ser realizadas quanto ao posicionamento do STF acerca da atuação do Poder Executivo e Legislativo Federal a partir das decisões proferidas nas ações do controle concentrado de constitucionalidade?

Para que tal problemática possa ser respondida, a análise de conteúdo foi implementada enquanto procedimento metodológico. Assim, partindo das etapas de pesquisa preconizadas por Bardin (2016) e tendo por objeto de análise o conteúdo das decisões do STF em sede de controle concentrado de constitucionalidade que se enquadraram nos parâmetros descritos acima, buscou-se a compreensão dos elementos significantes nele contidos, de modo a ser possível realizar inferências quanto às frequências das categorias encontradas.

A presente pesquisa objetivou, portanto, analisar o conteúdo das decisões do STF em sede de Ações do Controle Concentrado de Constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo Federal no ano de 2020 relacionadas à política de saúde na pandemia da COVID-19. Ademais, foram construídos os seguintes objetivos gerais, sendo que cada um representa, respectivamente, os capítulos da presente pesquisa: 1) analisar o direito à saúde no Brasil, abordando seu contexto histórico e normativo desde o período colonial até a CF de 1988; 2) analisar os aspectos gerais da judicialização da política no Brasil, suas condições facilitantes e seu impacto nas políticas públicas de saúde no Brasil; 3) analisar a pandemia da COVID-19 no Brasil,

apontando sua origem e características, a atuação Poder Executivo e Legislativo Federal e as ações do controle concentrado de constitucionalidade analisadas pelo STF no ano de 2020 quanto à saúde pública na pandemia; 4) analisar o conteúdo das decisões do STF em sede de Ações do Controle Concentrado de Constitucionalidade em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo Federal em matéria de políticas públicas de saúde no ano de 2020, notadamente aquelas relacionadas à pandemia da COVID-19.

Quanto às técnicas de pesquisa utilizadas, em razão de a presente pesquisa não envolver a coleta de entrevistas, formulários ou algum dos tipos de observação, a coleta de dados primários envolveu somente a obtenção das decisões proferidas pelo STF em sede de controle concentrado de constitucionalidade que envolvessem as políticas públicas de saúde de enfrentamento à pandemia da COVID-19 e que estivessem dentro do corte temporal aqui proposto, ou seja, que foram analisadas pelo STF no ano de 2020.

A técnica da revisão de literatura foi utilizada de forma a possibilitar um amplo conhecimento das principais discussões e posicionamentos com relação ao objeto da presente pesquisa, permitindo o domínio dos conceitos e discussões acerca da judicialização da política e da atuação dos Poderes Executivo e Legislativo Federais e do STF no combate à pandemia da COVID-19.

As bases de dados da ScIELO, da vLex e do Portal de Periódicos da CAPES foram consultadas para a obtenção de artigos científicos e de outros trabalhos especializados relacionados à temática da presente pesquisa. Foram selecionadas revistas científicas na área do Direito Constitucional e Direito Sanitário com extratos elevados, *qualis* A e B para a presente pesquisa.

Com relação à estruturação do presente trabalho, ele encontra-se dividido em cinco partes. No primeiro capítulo, foi traçado um histórico da saúde no Brasil, perpassando desde o período colonial até o atual ordenamento constitucional de 1988. No segundo, analisou-se o conceito da judicialização da política, suas condições facilitadoras, sua existência no Brasil e o papel exercido pelo STF nesse contexto. No terceiro capítulo, foi analisada a pandemia da COVID-19, a atuação da OMS após seu surgimento, e o papel exercido pelos Poderes da União no combate à pandemia no Brasil ao longo do ano de 2020.

No quarto capítulo, realizou-se a análise de conteúdo nas decisões do STF coletadas em sede de controle concentrado de constitucionalidade proferidas em 2020 e que abordagem as políticas de saúde no enfrentamento à pandemia, seguindo-se as

regras metodológicas estabelecidas por Bardin (2016). Ainda no mesmo capítulo, foram elaboradas as inferências em relação a cada uma das espécies das ações do controle concentrado de constitucionalidade coletadas.

Por fim, nas considerações finais, foram apontados os resultados obtidos ao longo de toda a pesquisa, com especial enfoque para as conclusões oriundas da aplicação do procedimento metodológico aqui proposto e como elas podem auxiliar na compreensão do papel exercido pelo STF na pandemia da COVID-19 ao longo do ano de 2020, em meio ao fenômeno da judicialização da política.

2 O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1 Histórico de Desenvolvimento do Direito à Saúde no Brasil

De modo a compreender a atual estruturação do direito à saúde na CF de 1988, faz-se necessário, de início, comentar acerca do histórico de desenvolvimento de tal direito no Brasil.

2.1.1 Do Período Colonial à Revolução de 1930

O histórico de desenvolvimento da saúde pública no Brasil é marcado por sucessivas reorganizações administrativas e pela edição de muitas normas. Desde a instalação da colônia até a década de 1930, as ações e os serviços de saúde eram desenvolvidos sem muita organização institucional e direcionados, sobretudo, para a contenção de doenças por meio de campanhas sanitaristas (BRASIL, 2017).

No período colonial, o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial e submetia-se econômica e politicamente a Portugal, sua metrópole. Dentre as principais atividades econômicas aqui desenvolvidas, citam-se a extração do pau-brasil e de minérios do solo e o plantio da cana-de-açúcar e do café, que demarcaram os ciclos econômicos e, conseqüentemente, sociais do Brasil colônia e se estendeu até a República.

Desde o início da colonização até a instalação do império, a sociedade era composta, principalmente, por “degradados e aventureiros” (POLIGNANO, 2001, p. 3). Por esse motivo, não havia nenhum interesse por parte do governo português em proteger a saúde da população que habitava na colônia e fornecer-lhes melhores condições de saúde – sobretudo, porque o homem europeu trouxe às terras ameríndias diversas doenças que até então não existiam e que levaram à morte de milhares de habitantes da colônia (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Segundo Ujvari (2007, p. 93-94), os relatos históricos da colônia eram de que,

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".

Dessa forma, as medidas de atenção à saúde que eram utilizadas pela população advinham da natureza, com o uso de plantas e ervas, e eram aplicadas a partir do conhecimento empírico de pessoas como curandeiros, parteiras, sangradores etc. De acordo com Escorel e Teixeira (2012, p. 279), durante o Brasil colônia, e mesmo no início do Império,

[...] os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram os fundados em algumas regiões mais populosas do país.

Ujvari (2007) comenta que devido à insuficiência de médicos e medicações, as tradições indígenas do uso de plantas medicinais logo se disseminaram na colônia. Os jesuítas exerceram o papel de médicos filantrópicos desde a sua chegada e utilizavam-se do conhecimento indígena para o tratamento e a cura dos enfermos, com o uso das plantas, ervas e raízes, sendo considerados os principais divulgadores da “arte de curar” com uso das plantas medicinais.

Em 1808, com a vinda da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro, criou-se a necessidade de uma organização e estruturação de medidas sanitárias capazes de dar suporte ao poder que estava a se instalar na cidade. Por essa razão, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública no Brasil, conhecidas por fisicatura-mor e provedoria-mor de saúde e que tinham a função de fiscalizar o exercício da medicina e também os navios e as embarcações que chegavam às cidades costeiras, de modo a garantir um ambiente mais salubre – considerando que, por meio dos portos articulavam-se o cuidado com a saúde dos povos, a conservação do Estado e a defesa da economia e do território (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com o processo de independência do Brasil (1822), foram extintas as instituições de controle sanitário ligadas à Coroa Portuguesa, sendo as atividades de saúde pública designadas para as câmaras municipais existentes nas diversas regiões do país. Cabendo aos municípios agir conforme o interesse e as necessidades de saúde locais, que, geralmente, eram definidos pelos senhores locais. Suas ações resumiam-se à

vacinação antivariólica e retirada dos doentes acometidos por doenças contagiosas das áreas urbanas, apesar da Constituição de 1824 dispor tantas outras competências aos entes municipais – como, realizar o controle sanitário dos alimentos e prestar auxílio médico aos desvalidos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; DALLARI, 2013).

No entanto, a descentralização das ações de saúde não perdurou por muito tempo, pois em decorrência do quadro das epidemias de febre amarela e varíola, o Governo Imperial empreendeu uma série de reformas no serviço de saúde e tomou para si a execução de algumas medidas de saúde pública, como a coordenação das atividades de polícia sanitária e a vacinação antivariólica (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em suma, a atuação do Governo Imperial – mesmo com a centralização das principais ações de saúde em suas mãos – não tinha por foco criar condições e oportunidades para promover a saúde da população por meio da prevenção de doenças e da oferta de cuidados médicos, mas, tão somente, de promover a manutenção da qualidade e bem-estar dos nobres portugueses que habitavam no Brasil – principalmente porque a sociedade escravagista do Brasil Império estava pouco preocupada com os problemas sanitários da mão-de-obra escrava e com as exigências do mercado internacional (GALVÃO, 2012; RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017).

Asensi (2013, p. 131-132) ressalta que a saúde, principalmente no Império (e também na República Velha), se apresentava como uma benesse do Estado, marcada por relações patrimonialistas de poder que a caracterizavam como um favor do Estado à população, não se podendo falar em um direito à saúde de modo concreto, conforme assevera o autor:

Em virtude dessa natureza de favor, a saúde seria uma benesse que poderia ser retirada ou restringida em qualquer momento, sem qualquer garantia para sua manutenção. Principalmente a partir da adoção de medidas curativas e campanhas que marcaram o período, a saúde foi alçada a assunto de Estado, porém, ainda assim, a sua exigibilidade pelos cidadãos restou submetida à discricionariedade do poder público. Não havia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse universalidade deste direito, sendo concentrada no Estado a possibilidade e a discricionariedade de realizar ações de saúde em benefício de uns em detrimento de outros, inclusive de forma autoritária [...].

A virada do século XIX para o XX marcou a decadência da monarquia no Brasil e, por consequência, o estabelecimento da República Federativa (1889) e a adoção do Federalismo – sob a influência do modelo dos Estados Unidos. No cenário econômico, o café tornava-se o principal produto de exportação do Brasil e alavancava o papel da aristocracia paulista no país, que passou a coordenar juntamente com a oligarquia mineira os rumos da política, intitulada de política do ‘café com leite’ (SCOREL;

TEIXEIRA, 2012; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Na área da saúde pública, as políticas eram selecionadas conforme a racionalidade capitalista se fortalecia no Brasil, exigindo assim uma orientação voltada para a preservação da mão-de-obra do trabalhador. Para Galvão (2012, p. 20),

[...] desde o momento em se instaura a hegemonia das classes ligadas à produção capitalista do café, foram buscados padrões de atuação sanitária diferentes dos que predominavam no período escravista. A organização sanitária foi viabilizada em contraposição à ameaça que, principalmente, a varíola, a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significava para a força do trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. A ação sanitária também objetivou criar determinadas condições básicas de existência das cidades portuárias, num período de transição para a órbita da acumulação industrial.

Em razão da necessidade de ampliar o comércio externo e abrir as fronteiras do Brasil para a entrada de trabalhadores, tem-se o início de uma epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1889, que impulsionou mudanças ao poder central em relação à saúde pública, tendo em vista seu impacto direto na economia. “Tornou-se clara a necessidade de uma organização sanitária que fosse além das práticas esboçadas no plano municipal e estadual, e que tivesse a capacidade de intervenção em nível nacional” (GALVÃO, 2012, p. 21).

Como resposta a questão pública que se instalava no Brasil, algumas medidas foram adotadas, como a criação de uma listagem de doenças consideradas de notificação compulsória, o isolamento compulsório daqueles acometidos com doenças epidêmicas, a vacinação obrigatória contra a varíola, a salubridade das moradias, mesmo aquelas que não tinham condições de obedecer as medidas, dentre outras providências. Neste período que compreende o início do século XX, é promovida uma verdadeira desinfecção das cidades, sobretudo da capital, no combate ao mosquito transmissor, vetor da febre amarela. O modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista” e teve como um dos seus maiores representantes do médico Oswaldo Cruz, então Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública (POLIGNANO, 2001).

O modelo campanhista foi concebido sob uma visão militar de que os fins justificam os meios e que o uso da força é instrumento adequado para o enfretamento de toda sorte de doenças. Nessa perspectiva, compreende-se que o foco das políticas de saúde era o saneamento dos espaços de circulação de pessoas e mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar o desenvolvimento da economia, mesmo que fosse necessária a utilização da força para aplicação das medidas sanitárias (POLIGNANO, 2001; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Para Carvalheiro,

Marques e Mota (2013, p. 4-5), o campanhismo,

[...] terá em Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, o modelo mais bem-acabado de médico e cientista. O saber assenta-se na pesquisa e na experimentação, com o objetivo de combater as endemias e as epidemias. O ano de 1918 é marcado pela gripe espanhola; e o de 1928, pelo ressurgimento da febre amarela. [...] O quadro de morbidade e mortalidade brasileiro, nesse período, decorria de doenças transmissíveis infectocontagiosas, parasitárias e outras, consequência do péssimo padrão de vida. Foram, em particular, as doenças que ameaçavam o modelo agrário-exportador que ganharam maior atenção do Estado. Febre amarela, cólera, varíola e malária receberam da Saúde Pública incentivos financeiros e políticos para a pesquisa, o atendimento e programas de erradicação [...]. As “doenças pestilenciais” como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola e as chamadas doenças de massa – isto é, doenças infecciosas e parasitárias, como tuberculose, lepra e febre tifoide – compunham o quadro mórbido fundamental a requerer atenção pública.

Logo se deflagrou uma grande resistência da população quanto às políticas sanitárias adotadas no enfretamento da febre amarela e da peste. Porém, o descontentamento maior ocorreu na campanha sanitária da varíola, em 1904. “Essa campanha, embora não interviesse no espaço urbano, intervinha no corpo das pessoas pela aplicação de uma vacina que a muitos causaria temor até mesmo em autoridades médicas e civis” (GALVÃO, 2012, p. 24).

A “insurreição”, que ficou conhecida como Revolta da Vacina (1904), ocorreu após a Lei Federal n. 1.261/1904 instituir a vacinação antivariólica obrigatória em todo território nacional. Num misto de revolução popular com tentativa de golpe contra o governo, o levante contou com a participação de monarquistas, operários e oficiais descontentes do Exército, que via na confusão a possibilidade de depor o então Presidente Rodrigues Alves (PAIM et al, 2011; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Nos anos seguintes são elaborados novos regulamentos para a saúde pública e para suas instituições, mas, salvo algumas pequenas alterações, praticamente todas as disposições são mantidas, dentre elas a “Polícia Sanitária Marítima com ampliação das inspetorias no litoral brasileiro; Polícia Sanitária nos domicílios, lugares e logradouros públicos, ainda com direcionamento para o Rio de Janeiro, mas sem o rigor do início do século” (GALVÃO, 2012, p. 25).

Entre os anos de 1910 e 1920, houve o agravamento dos problemas sanitários no Brasil em razão da I Guerra Mundial (1914-1918), que acentuou a recessão econômica e ocasionou a elevação do nível de desemprego, a redução de salários, a piora nas condições de trabalho nas fábricas, a escassez de alimentos e a ocorrência de uma epidemia de gripe (a gripe espanhola, no final de 1918). Com esse cenário, a população se revoltou contra o Estado, sobretudo a classe trabalhadora, dada as condições

sanitárias a que estavam submetidos em seus ambientes de trabalho e a inércia Estatal na promoção de políticas de saúde em face da alta mortalidade que a gripe ocasionou no Rio de Janeiro e em outras cidades do país (GALVÃO, 2012).

Chega-se ao momento da história que a saúde ganha atenção da população e se torna uma causa de luta social, iniciada no movimento operário por meio de greves e sublevações. O resultado destas manifestações não demorou a vir, surgindo, assim, a primeira Lei de Acidentes de Trabalho (1919), o Departamento Nacional de Saúde (1920) e a Lei Eloi Chaves (1923); esta última criava as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) financiadas pelos trabalhadores e empregadores (POLIGNANO, 2001).

Por meio das CAPs, os empregados tinham acesso à “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2008, p. 3). No entanto, a realidade que se tinha no Brasil é de que a maior parcela da população não possuía vínculo de trabalho e não contribuía junto a uma CAP, continuando a depender dos programas sanitários esporádicos do Estado, numa clara oferta de assistência médica desigual (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013).

Em 1930, Getúlio Vargas assume como presidente do Brasil e dá início a um governo marcadamente populista, que absorveu as reivindicações dos movimentos trabalhistas, respondendo-as por meio da criação do Ministério do Trabalho, do Instituto dos Trabalhadores, do Ministério da Indústria e do Comércio e do Ministério da Educação e Saúde (POLIGNANO, 2001; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Bravo (2008, p. 3) sinaliza que a conjuntura dos anos 30 “possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistêmica”. Nesse sentido, no setor das políticas de saúde, em particular, organizou-se uma estrutura de caráter nacional, dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Ultrapassado esse momento, inicia-se uma nova etapa da saúde pública no Brasil, que compreende a década de 1930 até meados de 1964, o qual será analisado no próximo tópico.

2.1.2 A Política de Intervenção do Estado na Saúde do Brasil: 1930 a 1964

Com a chegada de Getúlio Vargas à presidência do Brasil (1930), uma nova conjuntura se delineou em torno da economia, política e do sistema previdenciário no país. Na política, o aparelho do Estado buscou absorver as demandas de diversos grupos

sociais. Na economia, o processo de industrialização se intensificou e promoveu uma acelerada urbanização e ampliação da massa trabalhadora. Na previdência, as CAPs deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), com o objetivo de “congregar trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, formando de maneira gradativa um sistema nacional de previdência social a ser gerido pelo Estado” (RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017, p. 48).

No campo da saúde pública, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que, nos primeiros anos de sua fundação conviveu com uma alternância constante de seus dirigentes e apenas deu continuidade aos programas de saúde pública já implementados, na busca de criar condições sanitárias mínimas que favorecessem a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório dos trabalhadores das indústrias e de suas famílias (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1934, o MESP deu início às suas atividades de modo concreto, sob a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), que retomou as campanhas sanitárias contra a febre amarela e, no campo da saúde materno-infantil promoveu medidas de proteção. Neste mesmo ano, com a edição da Constituição de 1934, há um ambiente de efervescência democrática, o qual deve explicar algumas mudanças que o texto constitucional promoveu, Dallari explica que:

De fato, ela introduz o federalismo de cooperação, prevendo tanto a concorrência legislativa quanto material e, curiosamente, disciplina apenas a legislativa, adotando a hierarquia que privilegia a União (art. 5o, § 3o). [...] Outro avanço democrático importante foi a previsão de “conselhos técnicos e gerais”, constituídos também por “pessoas especializadas, estranhas aos quadros do funcionalismo do respectivo Ministério” (art. 103). No mesmo sentido, deve ser ressaltada a introdução do direito à subsistência, enumerado entre os direitos invioláveis que a Constituição assegurava a brasileiros “e estrangeiros residentes no País” (art. 113). **A saúde recebeu um tratamento digno dessa preocupação democrática, sendo expressamente uma competência material concorrente entre a União e os Estados** (art. 10, II), mas, igualmente, uma obrigação da União, dos Estados e dos Municípios, por sua própria legislação, “amparar a maternidade e a infância”; “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” e “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais” (art. 138, c, f, g) (grifou-se) (DALLARI, 2013, p. 34-35).

Entretanto, com a instauração e consolidação formal do regime ditatorial de Getúlio Vargas, tem-se a outorga da Constituição de 1937 e início do chamado Estado Novo, que promoveu o reforço do centralismo e da autoridade presidencial (ditadura) (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Quanto à saúde, a Constituição de 1937 menciona o termo apenas três vezes e nenhum se relaciona com políticas públicas ou direito à saúde, mas sim com

competências legislativas. Nesse sentido, o texto constitucional disciplinava que: 1) legislar sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da criança, é competência privativa da União (art. 16, XXVII); 2) é matéria de competência concorrente entre União e Estados legislar a respeito das obras de higiene popular, casa de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais, além das medidas de polícia para proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos (art. 18, c, e); 3) a assistência médica e higiênica é garantia ao trabalhador e à gestante, assim como a previdência social nos casos de acidente de trabalho (art. 137, m) etc. (BRASIL, 1937).

Na saúde pública, foi promovida a Reforma Capanema – proposta em 1935, mas consolidada apenas em 1937 –, que, orientada pelas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central, reformulou a estrutura dos órgãos de saúde nacional. O então MESP passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES), com uma política centralizadora que tinha por foco alcançar todo o país por meio de uma rede articulada de serviços de saúde, que conjugavam centralização normativa e descentralização executiva. Além disso, Escorel e Teixeira destacam:

[...] foi ampliado o principal setor do ministério relacionado ao campo da saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Também foram criadas oito delegacias federais de saúde – correspondendo às oito regiões em que o país foi dividido –, que tinham como objetivo garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde. por fim, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, àquela época uma reunião nacional de dirigentes do setor, de cunho bastante administrativo, e voltada para a integração e normatização dos serviços locais de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 302).

Bravo (2008) apresenta que as principais medidas de saúde pública adotadas entre os anos de 1930 a 1940 no Brasil tinham por ênfase (1) a manutenção das campanhas sanitárias – que não foram abandonadas desde o período imperial, pois doenças cíclicas como febre amarela e malária ainda eram uma realidade social, permanecendo o modelo campanhista de cuidados com a saúde por um longo tempo –, e (2) a interiorização das ações de saúde, devido o intenso fluxo migratório de trabalhadores para as cidades, com a criação de serviços nacionais voltados para controle e estudo da peste, da tuberculose, da febre amarela, do câncer, da lepra, da malária, de doenças mentais, de educação sanitária, de fiscalização da medicina, de saúde dos portos, de bioestatística e de água e esgotos.

Entretanto, na prática, devido à escassez de recursos financeiros somado a pulverização destes entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, a maioria das ações de saúde ficou apenas no papel, sem efetiva promoção no campo prático, de modo que os grandes problemas sanitários do país estavam sem soluções (POLIGNANO, 2001).

No início de 1945 se iniciaram as manifestações em prol da redemocratização do Brasil, que levou a deposição de Getúlio e posterior eleição de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), que, em matéria de saúde pública propôs o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), mas nunca tratou a matéria verdadeiramente como uma prioridade da sua política de governo, tanto que o plano não foi implementado, e manteve o Sanitarismo Campanhista, de índole centralizadora e autoritária, em busca de frear o crescimento da ideologia socialista/ comunista no contexto da Guerra Fria (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017).

Nas próximas eleições o povo escolheu Getúlio Vargas (1951-1954) como presidente, que retoma ao poder e sedimenta o populismo no Brasil como modalidade de relação entre governante e governados. Neste período, a saúde pública é demarcada pelo sanitarismo desenvolvimentista, que permanece até o ano de 1964 como orientação institucional do Ministério da Saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Os anos de 1956 a 1960 foram marcados pela política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, que, no âmbito da economia, abriu as portas para o investimento de capital estrangeiro e promoveu significativo crescimento das indústrias nacionais. No campo da saúde pública, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que tinha por objetivo principal unificar os órgãos envolvidos no combate, controle e erradicação de doenças. Ocorreu que, o DNERu não conseguiu unificar e coordenar as atividades das campanhas de saúde – que compreendiam o serviço de imunização e orientação dos cidadãos –, tornando-se um órgão com programas e ações completamente isoladas. Em contrapartida, na previdência social, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores IAPs e limitou a participação contributiva da União (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nos anos finais da década de 1950 e início da década de 1960, após sedimentada uma maior proteção social, em especial, devotada aos trabalhadores urbanos com carteira assinada, tinha-se que a população pobre do Brasil recorria aos serviços ofertados para os indigentes fornecidos pelas prefeituras, governos estaduais e entidades

filantrópicas. Nesse sentido, Braga (2013, p. 132-133) aduz que:

Neste período, houve um crescente movimento do mercantilismo da saúde, de modo que o seu acesso esteve diretamente ligado à capacidade do indivíduo suportar o pagamento de planos privados, de um lado, ou a sua condição de trabalhador, de outro. Portanto, a saúde se caracterizou como um serviço privado ou como um serviço público decorrente do benefício trabalhista. [...] os trabalhadores regulares, ou seja, aqueles que tinham carteira de trabalho assinada e contribuíam com o sistema de previdência social, possuíam o direito à assistência médico-curativa. Os que não se encontravam nessa condição, por outro lado, não puderam usufruir tal assistência, o que reforçou, por exemplo, o papel decisivo que foi desempenhado pelas Santas Casas no acolhimento dos desempregados e de pessoas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Em 1961, a “vassoura” de Jânio Quadros – que prometia varrer a corrupção, proibir as rinhas de galo e o uso de biquínis – começou a “limpar” o Brasil com suas primeiras medidas governamentais, mas seu governo não perdurou por muito tempo, haja vista que suas decisões de congelamento de preços e salários, desvalorização da moeda e reprimenda de protestos o tornaram impopular, de modo a não suportar as pressões e renunciar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com a renúncia de Jânio Quadros, João Goulart, conhecido popularmente por Jango, assumiu a presidência do país e enfrentou diversas crises. Na saúde pública, a proposta governamental tinha como foco a estratégia da municipalização, da descentralização dos serviços de saúde, desde o atendimento básico até o atendimento médico-hospitalar especializado. Entretanto, sem aporte financeiro e estrutura para realizá-lo, o projeto ficou apenas no papel (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Na previdência, o governo de Jango editou o Estatuto do Trabalhador Rural (Lei n. 4.214/63), na busca de promover aos trabalhadores do campo os mesmos direitos dos trabalhadores urbanos. No entanto, o contexto político da época não permitiu a implementação das medidas sociais a esses trabalhadores (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Com as possíveis reformas de base (administrativa, fiscal, agrária e bancária) a serem realizadas por Jango, sob a orientação do Ministério do Planejamento, o descontentamento das elites e dos militares se elevaram de tal modo que, em 31 de março de 1964, os militares se uniram e depuseram o presidente, ocupando a direção do país pelos próximos 20 anos – de modo direto e indireto, como será analisado no próximo tópico.

2.1.3 Do regime militar ao Movimento da Reforma Sanitária: a saúde pública de 1964 a 1987

O regime militar no Brasil é instalado em 1964 pelas Forças Armadas com o apoio da burguesia e dos militares e com o aval dos Estados Unidos. Neste momento se inicia um processo de fortalecimento do Poder Executivo, de esvaziamento do Poder Legislativo e de supressão dos direitos civis e políticos dos cidadãos (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Por meio do Ato Institucional (AI) n. 1 – documento normativo editado pelo Poder Executivo –, o Congresso Nacional adquiriu poderes para eleger o Presidente da República, cassar mandatos de parlamentares, prender “subversivos” e submeter os líderes políticos, estudantes e operários aos Inquéritos Políticos Militares (IPMs). Trata-se de um novo momento na história política do Brasil, demarcado pelo “chumbo e porrete”, haja vista o cenário de ausência das liberdades democráticas e os atos promovidos pelo Presidente da República como a demissão de juízes, a cassação de mandatos de senadores, deputados, prefeitos e governadores, recrudescimento da censura à música, teatro e cinema etc. (SCOREL, 2012).

Dallari expressa que devido à característica centralizadora do texto constitucional a competência concorrente da União e Estados em legislar acerca da saúde ficou apenas sob responsabilidade da União, nas palavras da autora:

A autonomia municipal mesmo nesse texto continuou assegurada em relação à organização dos serviços públicos locais (art. 15, II, b). E a ênfase no planejamento pode ser notada igualmente na competência atribuída ao Congresso Nacional de elaborar planos e programas nacionais e regionais de desenvolvimento (art. 43, IV), neles, evidentemente, incluídas ações e serviços de interesse para a saúde. Em relação aos trabalhadores, foram mantidos os direitos à higiene e segurança do trabalho e à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, tendo sido transferida para a previdência social a obrigação do “seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado” (art. 165, XVI). Manteve-se, igualmente, a menção ao dever de o Poder Público de incentivar a pesquisa científica e tecnológica (art. 179, § único) e o direito à assistência médica e hospitalar ao ex-combatente carente de recursos (art. 197, d) (DALLARI, 2013, p. 37).

Enquanto perdurou o autoritarismo no governo, os problemas estruturais cujas raízes remontam décadas anteriores apenas se aprofundaram, a exemplo da morbidade e mortalidade infantil. Dessa forma, em prol de manter os contornos de seu poder, de exercer maior controle sobre os cidadãos e de justificar sua atuação, o regime militar promovia algumas políticas sociais (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

A utilização dessas políticas como manobra de controle da população, levou o governo militar a expandir a seguridade social com a clara intensão de acumular capital, a fim de que fosse realizada a internacionalização do Brasil no mercado econômico, sobretudo porque as elites estavam oferecendo suporte à atuação do governo militar. Segundo Escorel (2012, p. 325):

O processo de modernização autoritária levado a cabo durante os a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho do Estado por meio de reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1966. [...] Todas essas reformas, feitas sob a égide de modernizar os aparelhos de Estado, tinham como principal objetivo favorecer a acumulação capitalista, não apenas facilitando esse processo como também submetendo o Estado às regras do capital privado.

No decurso do regime militar, em termos de políticas sociais, as principais medidas implementadas foram: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), esses dois últimos criados com objetivo do empregado obter participação nos lucros da empresa e no crescimento da economia (SCOREL, 2012).

Em 1966 ocorreu a unificação, uniformização e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo seis IAPs e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O resultado desta medida levou a exclusão definitiva dos trabalhadores dos setores de gestão da previdência social (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013). Polignano (2001, p. 15), aduz que:

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a do assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Como solução, foram estabelecidos convênios e contratos com médicos e hospitais por todo Brasil, pagando-se pelos serviços produzidos, o que provocou um aumento no consumo de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, formando um grande e complexo sistema médico-industrial, orientado pelo lucro, que não conseguiu ser mantido dentro da estrutura do INPS, o que acabou desencadeando a

criação, em 1978, do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (POLIGNANO, 2001).

Em 1971 foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), “caracterizado pela ampliação da previdência para os trabalhadores rurais, estruturado em pequena taxação de produtos e pago mensalmente no valor irrisório de meio salário mínimo”. No entanto, o fundo tinha um caráter mais redistributivo, considerando que não estava fundado na contribuição do trabalhadores. Tempo depois, a cobertura previdenciária chegou às empregadas domésticas (1972), aos jogadores de futebol e autônomos (1973) e aos ambulantes (1978). Quanto aos idosos pobres, foi criada a Renda Mensal Vitalícia (1974) que compreendia meio salário mínimo e era ofertado àqueles que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013, p. 54). E quanto aos demais cidadãos, que não contribuíam com a previdência, como se dava a oferta de saúde a eles? Segundo Escorel (2012, p.327),

Os demais cidadãos que não contribuíam para a previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, controle da tuberculose, da hanseníase etc.), em serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas, ou em consultórios e clínicas privadas, desde que tivessem poder aquisitivo.

No decurso do regime militar, não é possível afirmar que houve uma saúde pública no Brasil tal como nos dias atuais, tendo em vista as investidas do governo em (1) privatizar os hospitais públicos e (2) restringir suas competências em matéria de saúde pública eram constantes. Por exemplo, em 1968 o governo apresentou o Plano Nacional de Saúde (PNS), que tinha por finalidade privatizar todos os hospitais governamentais, transformando-os em empresas privadas, cabendo ao Estado a função de financiar os serviços privados – que, em parte, também seriam custeados pelos pacientes (SCOREL, 2012).

Segundo Bravo (2008, p. 7), o modelo de políticas sociais implantado no Brasil, nos anos de 1964 a 1974, privilegiava o produtor privado e tinha por diretrizes: a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase toda a população urbana; ênfase na prática médico curativa, individual, assistencialista e especializada; articulação do Estado com interesses internacionais, sobretudo das indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das empresas internacionais que monopolizavam a produção de medicamentos e equipamentos médicos;

interferência do Estado na previdência, na busca por desenvolver um modelo de organização da prática médica com foco na lucratividade do setor de saúde; organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com diferenciação em relação à clientela.

Entretanto, ultrapassados 10 anos, o governo militar ainda não havia conseguido consolidar a sua hegemonia, precisando modificar gradualmente a sua relação com a sociedade civil. Sendo assim, no período de 1974 a 1979, o governo estabeleceu novos canais de mediação, que pudessem legitimar a dominação da elite e remediar as consequências políticas, econômicas e sociais de suas escolhas, numa tentativa de canalizar as reivindicações e pressões populares. Segundo Bravo (2008, p. 8):

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Em verdade, as reformas empreendidas pelo governo apenas tornou “visíveis as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador do regime, principalmente em razão dos impactos da economia internacional, o que restringiu o fluxo de capitais”, e da limitação interna do país. Dessa forma, duas circunstâncias podem ser destacadas como fundamentais para a crise do estado: “a) a crise do capitalismo em âmbito internacional e b) a diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o que diminuiu o ritmo de crescimento do país e do mundo” (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013, p. 58).

Como resultado deste cenário, tem-se o acirramento da pobreza, do desemprego e da falta de assistência no Brasil, além do aumento da marginalidade, da mortalidade infantil e de doenças. Numa clara demonstração de que o sistema de saúde e o modelo previdenciário adotados eram insuficientes e deficientes para suportar as necessidades sociais do Brasil (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Apesar das mudanças, a transformação ocorrida durante a conjuntura do governo Geisel (1974-1979) não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na área política da saúde, que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira. Surgiu um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação,

conformou um novo ator coletivo, uma nova força política. Como observa Escorel (2012, p. 341),

Isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Chamamos de ‘movimento sanitário’ o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor da saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito e da cidadania.

O movimento era um verdadeiro projeto civilizatório direcionado para a sociedade brasileira, que buscava a transformação da situação sanitária dando enfoque ao fenômeno da saúde-doença, das instituições, da ideologia e das relações sociais que orientavam a produção e distribuição de riquezas. Paim (2008) compreende que o movimento em prol da saúde, intitulado de Movimento da Reforma Sanitária – que se iniciou em 1970 e emergiu com maior força em 1985/1986 – buscava a democratização da saúde, a democratização do Estado e de seus aparelhos e a democratização da sociedade.

Dentre os personagens que participaram deste movimento, Bravo (2008,) destaca os seguintes: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendiam questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), como o veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia e a elaboração de propostas e contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor; e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Foi na década de 1980, segundo Ramos, Madureira e Sena (2013), que as regras do jogo político no Brasil foram redefinidas. Houve o Movimento Diretas Já (1985) e a posterior eleição de Tancredo Neves, com a posse de José Sarney (1985-1990), que buscou resgatar o Brasil da dívida social, restaurar a ordem democrática e normalizar a economia do país. Tem-se, assim, a consolidação de diversos movimentos sociais, em especial os movimentos em prol da saúde.

Em 1986 foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que consolidou as bases da Reforma Sanitária e forneceu elementos para a debate na futura Constituinte. Nesta, participaram não apenas os profissionais e prestadores de serviço da

saúde, mas também os usuários do sistema de saúde. Segundo Escorel, em razão da ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, representações sindicais, associações dos profissionais de saúde, movimentos populares de saúde (por exemplo, do Cebes e Abrasco) etc., discutiu-se temas que até os dias atuais as diretrizes são válidas:

1) busca da equidade; 2) garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão – integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unidade das estruturas gestoras em cada nível; 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde (ESCOREL, 2012, p. 356).

Como desdobramento da 8ª CNS, foram constituídas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional da Saúde, sendo esta última responsável por elaborar a proposta constitucional para o capítulo da saúde, tendo como orientação o relatório final da CNS (ESCOREL, 2012; PAIM, 2008). Entre as idas e vindas do processo constituinte, as propostas do movimento sanitário foram discutidas nas seguintes instâncias da sociedade, segundo Ramos e Miranda Netto (2017, p. 54):

Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Cabe ressaltar também que essa Subcomissão ouviu diversas entidades (CNRS, Conass, Secretários Municipais de Saúde, CUT, CGT, Contag, Abrasco, CFM, Presidente do INAMPS, Ministro da Saúde etc.) e recebeu projetos de texto constitucional de outras (ABRASCO, SBPC, CFM, Associação Paulista de Medicina, PT, PCB, CUT, Comissão Afonso Arinos etc.).

O resultado final que a Reforma Sanitária e todos os seus atores conseguiram estabelecer na Constituição Federal (CF) de 1988 estão resumidos a seguir: 1) que a saúde é direito de todos e dever do Estado a sua promoção (art. 196); 2) que a saúde é parte da seguridade social (art. 194); 3) que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (art. 198); 4) que a saúde tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (art. 198, I, II e III); 5) são de relevância pública as ações e serviços de saúde (art.198); 6) a assistência à saúde é livre à iniciativa privada etc. (BRASIL, 1988).

Fica clara a mudança de perspectiva trazida pela CF de 1988 quanto à saúde, apresentando-a como direito social fundamental (art.6º), que deve ser promovido pelo poder público por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e cujo compromisso está pautado na promoção do bem-estar social, sobretudo no que tange à saúde coletiva

(PAIM, 2008; RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Em comparação aos textos constitucionais anteriores, Dallari (2013, p. 37) afirma que

[...] pode-se verificar uma constante no que interessa direta ou indiretamente à saúde: os Municípios sempre tiveram sob sua responsabilidade a organização dos serviços públicos locais, mesmo nos períodos em que a Constituição servia apenas de escudo para a proteção dos ditadores. Houve ameaça à autonomia dos Estados, redução de sua competência (textos de 1937 e 1969, respectivamente), mas os Municípios foram sempre preservados. Outra constante foi a proteção à propriedade intelectual, presente desde a Constituição de 1824. Uma derradeira constatação que se impõe nesse exame é a característica inovadora do texto da Constituição de 1934, introduzindo uma abertura à participação representada pelos Conselhos Técnicos e Gerais; o direito à subsistência; a obrigação para todas as esferas de governo de cuidar da saúde, enumerando as prioridades constitucionais, vinculando receitas para esse fim e organizando serviços e assegurando assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante. Infelizmente, essa Constituição teve vida curtíssima e suas grandes orientações em relação à saúde só foram retomadas em 1988.

O Texto Constitucional de 1988 não deixa dúvidas que o Movimento da Reforma Sanitária, na busca de garantir direitos aos cidadãos e impor deveres ao Estado, marchou contra interesses empresariais do setor hospitalar, alianças políticas conservadoras e indústrias farmacêuticas. Para, enfim, alcançar o direito universal da saúde, acabando com discriminações existentes entre segurado e não segurado, rural e urbano, tornando o atendimento integral e amplo. Bravo (2008, p. 11) assinala que:

O texto constitucional, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados.

A saúde, portanto, recebe um novo tratamento normativo da CF de 1988, que vai além do simples reconhecimento formal do direito à saúde, vale dizer, a efetivação da saúde passa a representar a busca por uma sociedade igualitária e democrática, na qual a população deve ter asseguradas as condições para o exercício de seus direitos constitucionais (AITH, 2015), conforme será apresentado no próximo tópico.

2.1.4 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização do direito à saúde pela via constitucional

Pela primeira vez na história das constituições do Brasil, a saúde é alçada à categoria de direito fundamental. Com o advento da CF de 1988 e das intensas reivindicações da Reforma Sanitária, a saúde recebeu um novo sentido social, adquiriu o status de direito, não sendo mais reconhecido como benesse ou favor estatal (ASENSI, 2013; RAMOS; DINIZ, 2017).

Em seu art. 196, a CF de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos, exercido por meio de as ações e serviços de saúde, orientados pelos princípios da universalidade e igualdade de acesso, sendo dever do Estado garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doença e de outros agravos. Quanto a essa disposição, a CF de 1988 exhibe um propósito fundamental para a saúde, qual seja: o de desvincular o exercício de um direito à obrigatoriedade da contribuição individual e de garantir a assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, numa clara visão social democrática de saúde (CARVALHO et al., 2013). Nessa perspectiva, Noronha, Lima e Machado (2012, p. 367) afirmam que a universalidade da saúde:

[...] é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente e complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social [...]. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviço; as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

Quanto ao acesso igualitário, tem-se que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, não é aceitável que somente alguns grupos tenham acesso a determinados serviços e outros não em razão da renda, cor, gênero ou religião. Somente razões relacionados às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha de técnicas a serem adotadas nos cuidados dos indivíduos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Destaca-se que a proposta universalista e igualitária do SUS caminhou na contramão daquilo que mundo afora estava sendo proposto aos sistemas de saúde. Tinha-se a ideia de que reduzir os recursos da saúde e investir mais nos setores econômicos e de infraestrutura automaticamente resolveria os problemas sociais. No

Brasil da década de 1990, recém-democrático, ainda havia muito a ser organizado em todos os setores públicos. A pauta nacional, imbuída de um sentimento democrático, não coincidia em grande medida com a pauta externa, neoliberal, sobretudo das Instituições Internacionais como o Banco Mundial (BM), que considerou ousado um país periférico e em crescimento econômico lento propor saúde para todos, tendo em vista que a demanda de saúde é infinita e os recursos são finitos (RIZZOTTO, 2015).

Quando a CF afirma que a saúde é um dever do Estado, destaca que as ações e serviços devem ser ofertados, gratuitamente, pelos entes da Federação, isto é, pela União, Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios. Trata-se de uma matéria de competência comum, segundo o art. 23, III da CF de 1988 (BRASIL, 1988).

Quanto a essa responsabilidade dos entes da Federação em matéria de saúde pública, nos regimes federais, em regra, compete à União buscar a redução das desigualdades regionais. No Brasil, segundo Bercovici (2002), há uma forte presença do Estado na economia, o que contribuiu para que o Governo Federal ocupasse papel relevante no desenvolvimento de políticas públicas, em especial de saúde.

Em continuidade, Bercovici (2002, p. 16-17) consolida a ideia de federalismo cooperativo sanitário no Brasil, que se trata de uma estrutura de cooperação entre os entes da Federação, que

[...] nem a União nem qualquer ente federado pode atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais. Na repartição de competências, a cooperação se revela nas chamadas competências comuns, consagradas no art. 23 da Constituição de 1988. Nas competências comuns, todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição. E mais: não existindo supremacia de nenhuma das esferas na execução dessas tarefas, as responsabilidades também são comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las, pois o custo político recai sobre todas as esferas de governo. A cooperação parte do pressuposto da estreita interdependência que existe em inúmeras matérias e programas de interesse comum, o que dificulta (quando não impede) a sua atribuição exclusiva ou preponderante a um determinado ente, diferenciando, em termos de repartição de competências, as competências comuns das competências concorrentes e exclusivas

Para dar materialidade à política de saúde, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) 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” (BRASIL, 1990a, não paginado).

O SUS concretiza o compromisso constitucional estabelecido pelo Poder Público segundo consta no art. 197 da CF de 1988, qual seja: que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabe ao Poder Público dispor acerca da sua regulamentação,

fiscalização e controle, além da execução ser realizada diretamente ou por terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988). Segundo Noronha, Lima e Machado (2012, p. 366-367), os itens que estão incluídos na definição de ações e serviços de saúde do SUS são:

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços especialmente domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

O SUS é componente do sistema da seguridade social do Brasil e têm como princípios organizativos aqueles dispostos nos artigos 196, *caput* e 198 da CF de 1988 e art. 7º da Lei 8.080/90, quais sejam: a) regionalização; b) hierarquização, ou seja, níveis de complexidade crescente em termos da tecnologia e das modalidades de assistência; c) descentralização, ou seja, distribuição de responsabilidades nas diversas esferas de governo, entre União, Estados, DF e Municípios – promovendo o fortalecimento da municipalização; d) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e) participação social (da comunidade); f) universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; g) integralidade de assistência, com ações e serviços contínuos preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; h) preservação da autonomia das pessoas; i) igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie na assistência à saúde; j) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; k) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; l) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; m) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; o) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos Entes da Federação na prestação da saúde; p) capacidade de resolução dos serviços em

todos os níveis de assistência; p) organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos e; q) organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica geral (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Embora tenha sido criado pela CF de 1988, o SUS apenas recebeu regulamentação 2 (dois) anos após com a Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990, sendo a primeira intitulada de Lei Orgânica do SUS, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços de saúde e, a segunda que disciplina acerca da participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Destaca-se que a Lei n. 8.080/90 apresenta alguns objetivos para o SUS, quais sejam: 1) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; 2) a formulação de política de saúde destinada à promover, no campo econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos; 3) assistência de pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação as saúde (BRASIL, 1990a). Considerando esses objetivos, fica nítido o caráter da saúde enquanto dever estatal a ser promovido por todos os entes da Federação brasileira, já que, de acordo com o arts. 23, II, e 24, XII da CF de 1988, a competência para a garantia e normatização da saúde por meio de políticas públicas cabe, ao mesmo tempo, à União, aos Estados, aos Municípios e ao DF.

Uma das mudanças que o SUS promoveu à saúde no Brasil é que a comunidade pode participar da gestão do sistema, numa clara ideia de democracia sanitária, que impõe a consulta da sociedade e deliberação desta, na medida do possível, sobre o que é saúde e qual a amplitude da proteção a ser oferecida pelo Poder Público quanto a esse direito. Para materializar esse princípio, a representação dos cidadãos no controle social e na formulação de políticas públicas pode ser realizada por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que constituem instâncias deliberativas e de pactuação social (AITH, 2015; CARVALHO et al., 2013).

Em razão da possibilidade de participação da comunidade na construção da saúde, afirma-se que houve a instituição de uma democracia sanitária no Brasil, o que, segundo Alves (2020) é uma prática social e instrumento viabilizador de conquistas sociais. Nesse sentido, a partir do momento em que a população passou a exercer um papel decisivo na construção da política de saúde, expressando suas ideias quanto à vida, aos direitos humanos, ao direito de pacientes e acompanhantes, ao direito de

gestantes etc., tem-se a abertura de um novo caminho para a escolha das políticas de saúde que serão direcionadas à sociedade, considerando as particularidades de cada grupo social (DALLARI et al, 2016).

Em continuidade, no art. 197, a CF de 1988 discorre quanto ao financiamento do SUS e afirma que serão utilizados recursos da seguridade social da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes, que contam com recursos de empresas e das famílias. Quanto ao financiamento do SUS, Paim et al. (2011, p. 20) aduz que:

O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores.

Matta (2007) elucida que os serviços de saúde, logicamente, necessitam de financiamento para atender às diversas demandas de saúde da população que se materializam na contratação e remuneração de trabalhadores, na compra de insumos, como medicamentos e equipamentos, na construção e manutenção de hospitais, ambulatorios, unidades básicas de saúde, veículos e instalações e estruturas necessárias para abrigar todo o aporte de saúde. Trata-se, portanto, de um conjunto robusto de medidas a serem executadas pelo poder público que exigem não somente recursos, mas também gestão, organização, coordenação, monitoramento e articulação de pessoas e estruturas governamentais para que a máquina sanitária funcione e alcance os seus destinatários.

É interessante frisar que apesar do recolhimento em saúde advir de diversas fontes, o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os Governos Federal, Estaduais e Municipais, o SUS tem sido subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar saúde universal e igualitária para todos (PAIM et al., 2011).

Segundo Mendes e Funcia (2016), no contexto do capitalismo contemporâneo, o Estado vem adotando políticas austeras que promovem a redução dos direitos sociais já garantidos. Por exemplo, no Brasil, quanto à saúde, diversas medidas vêm sendo implementadas desde o final da década de 1990 e início dos anos 2000 que promovem o enfraquecimento da seguridade social em geral, e da saúde em particular. Os autores

destacam algumas medidas:

[...] a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015, somando situações que enfraquecem o SUS; a aprovação da EC nº 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da DRU por 22 anos; e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com contingenciamentos de recursos significativos para as áreas da seguridade social (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 157).

Nos termos do art. 199 da CF de 1988, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo assim, o sistema de saúde no Brasil é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si:

[...] gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (PAIM et al., 2011, p. 19).

São permitidas às instituições privadas participar de forma complementar do SUS, segundo as suas diretrizes, mediante contrato público ou convênio, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e regulamentação expedida pelos órgãos diretivos do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização. Nesse sentido, o SUS não é compreendido apenas por serviços públicos, mas por uma ampla rede que conta com a participação privada, principalmente de hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No presente capítulo, analisou-se o contexto histórico normativo do direito à saúde no Brasil, sendo assim, afirmou-se que, com a promulgação da CF de 1988, a saúde passou a ser compreendida como um direito social. A partir desse novo status constitucional que a saúde alcançou, duas questões se relacionam: a primeira é que a CF também disciplinou que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (art. 5º, §1º da CF); a segunda é que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito (art. 5º, XXXV da CF). Sendo assim, é possível levar uma demanda de saúde ao Poder Judiciário nos casos em que houver lesão ou ameaça a este direito, advindo do poder estatal ou mesmo de um particular (BRASIL, 1988).

Esta situação desencadeia a chamada judicialização da saúde, que será apresentada no próximo capítulo.

3 JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA: uma análise da expansão do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas

Nas principais democracias contemporâneas constatou-se um movimento de expansão do Poder Judiciário, isto é, de maior participação qualitativa e quantitativa do órgão em problemas centrais do Estado. Segundo Hirschl (2009), este fenômeno está relacionado com a consolidação do Estado Democrático de Direito e com a criação de Tribunais Constitucionais fincados na ideia de supremacia da constituição.

O fenômeno de expansão do Poder Judiciário é intitulado de judicialização da política e, é assim compreendido considerando que cada vez mais estão sendo discutidos importantes dilemas morais, questões de políticas públicas e de controvérsias políticas por juízes e Tribunais. Com sistemas judiciais recentes que adquiriram mecanismos de controle de constitucionalidade, muitos Tribunais ao redor do mundo, constantemente, são chamados a resolver problemas que tocam a extensão das liberdades de direitos religiosos e de expressão, direitos de igualdade e privacidade, direitos relacionados à saúde, reprodução, uso de medicamentos, ao trabalho, à proteção ambiental e tantas outras matérias consideradas controversas (HIRSCHL, 2009).

O presente capítulo discorreu acerca da judicialização da política e almejou compreender seus conceitos, condições facilitadoras e, especialmente, quanto à saúde, descreveu a interação da judicialização da política com a saúde enquanto direito fundamental social insculpido na CF de 1988.

3.1 Judicialização da Política

Inicialmente, afirma-se que o termo judicialização da política é polissêmico, sendo trabalhado por diversos autores de formas distintas. Dessa forma, apresentam-se algumas abordagens iniciais que serão necessárias para a utilização do termo no decorrer do texto.

Tate e Vallinder (1995), autores expoentes quanto ao tema da judicialização da política, compreendem que a expressão equivale à politização da justiça e traduz a expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas. Para os autores, a judicialização da política compreende (1995, p. 28):

1. O processo pelo qual os tribunais e magistrados dominam, ou tendem a dominar, a produção de políticas públicas que eram previamente realizadas por outras instituições [*agencies*] governamentais (ou, ainda, quando era

amplamente aceito que elas deveriam sê-lo).

2. O processo pelo qual negociações não-judiciais, bem como espaços decisórios, tendem a ser dominados por regras e procedimentos quase-judiciários (legalismo) (tradução livre).

O primeiro conceito da judicialização da política está relacionado à elaboração de políticas públicas por juízes e tribunais, de modo que passam a decidir acerca de questões políticas que, até então, não eram tradicionalmente relacionadas à sua atividade. O segundo conceito está relacionado à expansão simbólica e prática dos procedimentos tipicamente jurídicos em diversos contextos da vida política infensas a eles (TATE; VALLINDER, 1995).

É possível afirmar que os principais componentes do conceito de judicialização da política são: 1) a presença de um novo ativismo judicial, a partir do surgimento de novas demandas a serem dirimidas pelos juízes e tribunais; 2) interesse dos políticos e administradores em adotar métodos e procedimentos próprios dos tribunais e seus parâmetros jurisprudenciais nas suas deliberações (NUNES JUNIOR, 2016).

Para Barroso (2012), judicializar a política está relacionada à situação em que questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais, quais sejam: o Poder Legislativo e o Poder Executivo. Sendo assim, o autor parte de um conceito de judicialização que abarca a transferência de poder para juízes e Tribunais “com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade” (BARROSO, 2012, p. 24).

Sua perspectiva acerca do fenômeno não se distancia daquela tida por outros autores que também estudam a temática. Destaca-se Ran Hirschl, para quem a judicialização representa não apenas a expansão do Poder Judiciário na construção de políticas públicas ou no uso de procedimentos jurídicos no ambiente político, mas também na:

[...] disseminação de discursos, jargões, regras e procedimentos jurídicos na esfera política e nos fóruns e processos de elaboração de políticas públicas; a judicialização da elaboração de políticas públicas pelas formas “comuns” de controle judicial de constitucionalidade de leis e atos da administração pública; e a judicialização da “política pura” — a transferência, para os tribunais, de assuntos cuja natureza e significado são claramente políticos, incluindo importantes debates sobre a legitimidade de regimes e identidades coletivas que definem (e muitas vezes dividem) comunidades inteiras (HIRSCHL, 2009, p. 141).

O autor afirma que a judicialização da política é um termo comumente utilizado para abranger três processos que estão inter-relacionados. O primeiro, que apresenta a

judicialização enquanto um processo de disseminação de discursos, jargões, regras e processos jurídicos na esfera política e processos de elaboração de políticas públicas, está relacionado com a complexidade e contingência das sociedades modernas, considerando que temas antes negociados de modo informal ou não judicial, na atualidade são dominados por regras e procedimentos jurídicos (HIRSCHL, 2009).

O segundo, que apresenta a judicialização enquanto um fenômeno de expansão da competência dos juízes e tribunais na escolha e definição de políticas públicas, está relacionado com a remarcação dos limites entre os órgãos do Estado e com a separação de poderes. Nesse sentido, Hirschl (2009, p. 144) compreende que essa interface da judicialização da política tem um enfoque processual e de equidade formal em processos decisórios, por considerar que “muitas vezes é iniciada por pessoas comuns invocando direitos para se opor a políticas, decisões e práticas do Estado”.

O terceiro, que apresenta a judicialização da política a partir da utilização dos juízes e tribunais para lidar com a “megapolítica” – ou seja, para lidar com controvérsias políticas centrais que definem e, em sua maioria, dividem comunidades inteiras –, relaciona o fenômeno com a atuação dos Tribunais Constitucionais e com a transformação destes em uma arena de decisão política, que discutem não apenas sobre direitos fundamentais, devido processo legal e políticas públicas, mas são colocados na posição de decidir afirma que os Tribunais são colocados na posição de decidir

[...] sobre alguma das mais centrais questões políticas que uma nação pode enfrentar, mesmo que a Constituição não faça nenhuma referência a esses problemas, e apesar de se reconhecer os óbvios riscos políticos envolvidos em decisões desse tipo. São precisamente essas situações de judicialização de questões que combinam altíssimos riscos políticos com instruções constitucionais escassas ou impertinentes que tornam mais questionáveis as credenciais democráticas do controle judicial de constitucionalidade (HIRSCHL, 2009, p. 147).

Os Tribunais, principalmente os Superiores e as Cortes Constitucionais, são chamados a decidir acerca de temáticas que irão impactar e afetar a vida de muitas pessoas. Por essa razão, Hirschl (2009) afirma que esta decisão tem um conteúdo político e que este conteúdo é o que diferencia a judicialização da megapolítica dos primeiros modelos apresentados. No entanto, ressalta-se que uma mesma questão em comunidades distintas pode adquirir ou não a condição de matéria política, sendo assim a configuração de uma decisão enquanto “política” dependerá das particularidades jurídico-sociais-políticas de cada Estado.

Essas perspectivas da judicialização da política são complementares, considerando que se tratar do mesmo fenômeno, ainda que abordado com enfoques em

processos distintos. Sendo assim, compreende-se que a judicialização da política é um fenômeno que representa não apenas a participação do Poder Judiciário na formulação de políticas públicas e na juridificação da vida social, mas também ilustra “[...] a fluidez da fronteira entre política e justiça no mundo contemporâneo, documentando que nem sempre é nítida a linha que divide a criação e interpretação do direito” (BARROSO, 2016, p. 385), como será apresentado na discussão acerca da separação de poderes, do neoconstitucionalismo e também do controle de constitucionalidade no contexto da judicialização da política.

3.2 O princípio da separação de poderes, o neoconstitucionalismo, o controle de constitucionalidade e a expansão contemporânea do Poder Judiciário

Em regra, o desenho das instituições políticas atuais acompanha a proposta de separação dos poderes estruturada por Montesquieu (2012) no século XVIII. Segundo o autor, consolidar a separação dos poderes seria indispensável para a garantia e a manutenção das liberdades fundamentais e dos direitos dos cidadãos. Nesse sentido, o autor compreendia que em um Estado onde as funções estatais se encontram reunidas nas mãos de um só, não se pode falar em liberdade,

[...] porque se poderá temer que o mesmo monarca ou o mesmo senador criem leis tirânicas para executá-las tiranicamente.

Não haverá também liberdade quando o poder de julgar se achar separado do poder legislativo e do executivo. Se o poder executivo estiver unido ao poder legislativo, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos será arbitrário porque o juiz será o legislador. E, se estiver unido ao poder executivo, o juiz poderá ter a forma de um opressor.

Tudo então pereceria, se o mesmo homem, ou o mesmo corpo dos principais, o dos nobres, ou o do povo, exercesse esses três poderes: o de criar as leis, o de executar as resoluções públicas e o de julgar os crimes e as questões dos particulares (MONTESQUIEU, 2012, p. 191).

Especialmente quanto ao Poder Judiciário, Montesquieu (2012) afirma se tratar de um órgão com funções reduzidas, constituído não por um corpo permanente de juízes, mas sim por pessoas extraídas do povo que exerceriam a função jurisdicional durante certo período do ano. O autor informa que o Poder Judiciário deveria exercer função compatível a de um órgão com poder invisível e nulo, sendo reduzido o papel dos juízes à simples emissão de documentos que representem um texto exato da lei (NUNES JÚNIOR, 2008; 2016).

Montesquieu (2012, p. 199) considera que o Judiciário não seria um autêntico poder político, sendo os juízes apenas “[...] a boca que pronuncia as palavras da lei,

seres inanimados que desta não podem moderar nem a força nem o rigor”. Em análise acerca da teoria da separação de poderes, Ferraz Júnior (1994, p. 14), assevera que:

A teoria clássica da divisão dos poderes construída com um claro acento anti-hierarquizante e com a finalidade de implodir a concepção mono-hierárquica do sistema político, iria garantir, de certa forma, uma progressiva separação entre política e direito, regulando a legitimidade da influência política no governo, que se torna totalmente aceitável no Legislativo, parcialmente no Executivo e fortemente neutralizada no Judiciário, dentro dos quadros ideológicos do estado de direito.

Porém, a teoria contemporânea de separação de poderes não mais compreende a atuação do juiz como uma simples atividade mecânica, neutra e desprovida de criatividade, distante do espaço político. Nos dias atuais, o juiz frequentemente se depara com “normas abertas”, que dependem da valoração humana para adquirir seu significado e que lhe proporcionam certa margem de liberdade para decidir o caso concreto considerando as interpretações cabíveis (NUNES JÚNIOR, 2016).

Nessa perspectiva, a proposta de neutralidade do Poder Judiciário, tal como pensada por Montesquieu (2012), é mitigada, visto a atuação do magistrado não se restringe a simples subsunção judicial. Na atualidade, o Poder Judiciário é chamado, cada vez mais, para solucionar demandas complexas, que exigem certo grau de interpretação das normas pelo magistrado e que demandam uma atuação enérgica do magistrado e dos Tribunais (NUNES JÚNIOR, 2016).

Principalmente em razão das mudanças decorrentes do Estado de Bem-Estar Social, o Poder Judiciário assume um novo papel enquanto instituição e amplia seu leque de atuação diante da sociedade, discutindo, inclusive, assuntos de outros Poderes e sobre direitos fundamentais. Deste movimento decorre a maior participação do Poder Judiciário nas sociedades contemporâneas, que, na compreensão de Ferraz Júnior (1994, p. 19) promove uma alteração da posição juiz, cuja neutralidade é afetada:

[...] ao ver-se ele posto diante de uma corresponsabilidade no sentido de uma exigência de ação corretiva de desvios na consecução das finalidades a serem atingidas por uma política legislativa. Tal responsabilidade, que, pela clássica divisão dos poderes, cabia exclusivamente ao Legislativo e ao Executivo, passa a ser imputada também à Justiça.

Em suma, com base em condições sociopolíticas do século XIX, sustentou-se por muito tempo a neutralização política do Judiciário como consequência do princípio da divisão dos poderes. A transformação dessas condições, com o advento da sociedade tecnológica e do estado social, parece desenvolver exigências no sentido de uma *desneutralização*, posto que o juiz é chamado a exercer uma função socioterapêutica, liberando-se do apertado condicionamento da estrita legalidade e da responsabilidade exclusivamente retrospectiva que ela impõe, obrigando-se a uma responsabilidade prospectiva, preocupada com a consecução de finalidades políticas das quais ele não mais se exime em nome do princípio da legalidade (*dura lex sed lex*) (grifos do autor) (FERRAZ JÚNIOR, 1994, p. 19).

É a partir desse contexto, no qual o Poder Judiciário é chamado para atuar na concretização das promessas estatais, transpondo a separação do direito, da política e da moral, que se insere a discussão da judicialização da política e também do neoconstitucionalismo, que advém de uma proposta de superação do positivismo jurídico na interpretação das normas constitucionais, conduzindo a uma desneutralização do Poder Judiciário (BARROSO, 2012).

Discorrendo acerca do neoconstitucionalismo na busca de se estabelecer uma relação com a judicialização da política, apresenta-se que o momento após Segunda Guerra Mundial (1939-1945) demarcou a crise da modernidade e consolidou a decadência do positivismo jurídico, sendo este o marco histórico do neoconstitucionalismo, segundo Barroso (2005).

Emblematicamente, esse momento se relaciona com a derrocada dos regimes totalitários da Europa e com a necessidade de se repensar e redirecionar o papel do direito e da moralidade nas instituições estatais contemporâneas. Como resultado, tem-se a consolidação do neoconstitucionalismo e a ideia de valorização dos direitos humanos (VERBICARO, 2019; BARROSO, 2005).

No âmbito internacional, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1976) são alguns exemplos de documentos internacionais de direitos humanos. No âmbito interno, a Lei Fundamental de Bonn (1949) ou Constituição da Alemanha e a Constituição da Itália (1947) são os exemplos mais significativos de ruptura com os ideais autoritários e de reconstrução dos direitos humanos no momento pós-guerra (BARROSO, 2005; DUARTE; POZZOLO, 2010).

No Brasil, a consolidação dos direitos fundamentais por meio de uma constituição adveio apenas na década de 1980, ultrapassado o regime militar e retomada a democracia popular, sendo este um processo tardio se comparado com o momento em que o neoconstitucionalismo emergiu nos ordenamentos jurídicos países afora. Não obstante, a promulgação da CF de 1988 é expressiva, considerando que, por meio desta Constituição,

[...] o direito constitucional no Brasil passou da desimportância ao apogeu em menos de uma geração. Uma Constituição não é só técnica. Tem de haver, por trás dela, a capacidade de simbolizar conquistas e de mobilizar o imaginário das pessoas para novos avanços. O surgimento de um sentimento constitucional no país é algo que merece ser celebrado. Trata-se de um

sentimento ainda tímido, mas real e sincero, de maior respeito pela Lei Maior, a despeito da volubilidade de seu texto. É um grande progresso (BARROSO, 2005, p. 4).

O marco filosófico do neoconstitucionalismo ocorre com a superação da teoria positivista e a ascensão do pós-positivismo enquanto teoria jurídica. Trata-se de uma mudança que entronizou valores morais irrenunciáveis nas constituições das principais democracias ocidentais, de modo a romper com a coisificação e descartabilidade do homem, permitindo, assim, a incorporação de princípios de justiça relativos à liberdade, igualdade, solidariedade e dignidade humana, permitindo uma reaproximação entre o direito e a racionalidade. Dessa forma, compreende-se os princípios enquanto normas jurídicas, conduzindo “a reabilitação da razão prática e da argumentação jurídica; a formação de uma nova hermenêutica constitucional; e o desenvolvimento de uma teoria dos direitos fundamentais edificada sobre o fundamento da dignidade humana” (BARROSO, 2005, p. 5).

Quanto ao marco teórico do neoconstitucionalismo, este é delimitado pelas transformações promovidas quanto à aplicação do direito constitucional e sob as quais o constitucionalismo atual opera, que são: a força normativa da constituição, a expansão da jurisdição constitucional e a nova interpretação constitucional (BARCELLOS, 2005; BARROSO, 2005).

Dentre os marcos teóricos do neoconstitucionalismo, para a presente pesquisa, destaca-se a expansão da jurisdição constitucional, teoria originada nos Estados Unidos e donde se extrai o sistema do controle de constitucionalidade, em que a constituição é compreendida por um

[...] conjunto de normas que regula o processo formal de criação das demais normas jurídicas, e, mais importante, prevê os valores, os princípios e as limitações para o *conteúdo* da legislação infraconstitucional.

Sendo o Direito Constitucional um *direito* sobre os *direitos*, a preocupação do neoconstitucionalismo com o conteúdo da norma jurídica faz com que a maioria governamental tenha que se subordinar à Lei Fundamental. Assim sendo, a *soberania do legislador* cedeu passo à supremacia da Constituição, posto que há de se respeitar não somente as *formas de produção* da norma racionalidade formal), mas sobretudo os *conteúdos* constitucionais impostos (CAMBI, 2011, p. 205, grifos do autor).

Com efeito, em uma sociedade justa e ordenada, as leis não podem comprometer a realização dos direitos fundamentais. É necessário que esses direitos, compreendidos enquanto trunfos contra a maioria, sejam resguardados por uma órgão independente e especializado, responsável por verificar as ações e omissões contrárias à constituição. Tem-se que a jurisdição constitucional representa a grande invenção contramajoritária,

que se presta à garantia dos direitos fundamentais e à proteção da democracia. No entanto,

[...] se a jurisdição constitucional não existisse ou não detivesse os poderes que tem, ficando a maioria democrática na incumbência de afirmar a prevalência concreta dos direitos em colisão, ter-se-ia que negar a ideia de que os direitos fundamentais são trunfos contra a maioria e questionar a própria razão de ser dos mesmos direitos do fundamentais. [...]

No Estado Democrático de Direito, há a *garantia de contestabilidade*, inerente à noção de contrato social, que permite que o Judiciário, por intermédio dessa *razão pública*, evite que a lei seja corroída pela legislação das maiorias transitórias ou por interesses estreitos, organizados e bem posicionados, hábeis na obtenção de resultados que não se coadunam com o bem-estar comum da sociedade (CAMBI, 2011, p. 206).

O controle de constitucionalidade enquanto mecanismo assegurador da supremacia da constituição é exercido pelo Poder Judiciário e, como decorrência do estabelecimento desta premissa, na década de 1950 se iniciou a criação e consolidação dos primeiros Tribunais Constitucionais ao redor do mundo, sendo a Alemanha (1951) e a Itália (1956) os primeiros na Europa. Alguns anos depois foram surgindo outros ao redor do mundo, a exemplo do Chipre em 1960, da Turquia em 1961, de Portugal em 1982, da Espanha em 1978 e da Grécia em 1975 (BARROSO, 2005).

Por meio do mecanismo de controle de constitucionalidade, instituído nos Estados Unidos da América (EUA), ainda no século XIX, no caso *Marbury vs. Madison*, consolida-se a participação do Poder Judiciário no controle das normas editadas pelo Poder Legislativo e dos atos promovidos pelo Poder Executivo, que devem estar em conformidade com a norma constitucional (BARROSO, 2016). Essa é uma das formas pelas quais se configura a participação do Poder Judiciário em discussões jurídico-políticas de modo legítimo, sendo estruturado por diversas Constituições ao redor do mundo como um modelo adequado de se estabelecer o equilíbrio entre os Poderes, a exemplo da CF de 1988 que adotou o controle de constitucionalidade concentrado e difuso, como apresentado linhas abaixo.

O terceiro marco teórico está relacionado à nova interpretação constitucional, compreendida como modalidade de interpretação jurídica e cujo resultado “é fruto de evolução seletiva, que conserva muitos dos conceitos tradicionais, aos quais, todavia, agrega ideias que anunciam novos tempos e acodem novas demandas” (BARROSO; BARCELLOS, 2003, p. 29).

Com efeito, a interpretação constitucional tradicional carrega consigo a ideia de que as normas jurídicas e constitucionais abarcam um único sentido, sendo objetivo e válido para todas as situações sobre as quais incidem. Esse raciocínio conduz a um

sistema fechado, no qual as decisões judiciais somente seriam corretas se seguissem um procedimento lógico, estabelecidas por regras jurídicas predeterminadas, sem referência a fins sociais, políticas e *standards* morais (CAMBI, 2011).

Ramos (2010, p. 69), ao discorrer acerca do modo pelo qual os juristas aplicavam a lei, afirma que:

A consequência desse modo de interpretar os textos normativos era o predomínio do método gramatical, complementado pelo histórico, pois a letra da lei é o indicativo mais seguro da vontade do legislador. A liberdade do julgador ficava, destarte, extremamente reduzida, limitando-se, o mais das vezes, à mera aplicação dos enunciados normativos, literalmente considerados, à situação fática a ele submetida, o que veio a consubstanciar a chamada subsunção mecânica ou automática. Recusava-se o Poder Judiciário a possibilidade de contribuir para a criação do direito, devendo os magistrados, devidamente informados pela exegese científica, se ater à estrita concretização da vontade do legislador, exercendo, pois, tanto quanto a doutrina, a atividade de natureza cognoscitiva ou declaratória.

Chega o momento da história que os juristas se deram conta de que as categorias tradicionais de interpretação do direito não seriam suficientes ou inteiramente ajustadas para a solução de problemas ligados à vontade da Constituição. Para tanto, inicia-se um processo de elaboração de doutrinas e novas categorias de interpretação das normas, que tem como base conjunto teórico diversificado. Quanto ao modelo interpretativo admitido a partir do neoconstitucionalismo, Barcellos (2005, p. 86-87) considera que:

[...] a partir do momento em que valores e opções políticas transformaram-se em normas jurídicas, tornou-se indispensável desenvolver uma dogmática específica capaz de conferir eficácia jurídica a tais elementos normativos. [...] No direito constitucional contemporâneo, tanto sob a perspectiva da teoria jurídica, como da experiência observada nos juízos e tribunais, é possível falar de conflitos específicos e de um conflito geral. Os conflitos específicos se explicam, em boa medida, pelo reflexo, nos textos constitucionais, de diferentes pretensões, que necessitam conviver e harmonizar-se em uma sociedade plural como a contemporânea. Sua configuração envolve, frequentemente, colisões, reais ou aparentes, entre diferentes comandos constitucionais, dotados de igual hierarquia, cada qual incidindo sobre determinada situação de fato e postulando uma solução jurídica diversa. Assim, direitos fundamentais – elementos centrais dos sistemas constitucionais contemporâneos – parecem entrar em choque em muitas circunstâncias. Outros elementos constitucionais também podem apresentar uma convivência difícil em determinados ambientes, como acontece, e.g., com a livre iniciativa e os princípios da proteção ao consumidor e ao meio-ambiente.

Tem-se que as premissas ideológicas as quais o sistema de interpretação tradicional do direito estão fincadas deixaram de ser integralmente satisfatórias, razão pela qual houve a valorização dos princípios e sua incorporação, implícita ou explícita, pelos Textos Constitucionais. Nesse sentido, é ofertada aos juízes a condição de intérprete da lei, que se volta para revelar a solução contida no enunciado normativo,

tornando-se um verdadeiro “coparticipante do processo de criação do Direito, completando o trabalho do legislador, ao fazer valorações de sentido para as cláusulas abertas e ao realizar escolhas entre soluções possíveis” (BARROSO, 2005, p. 9).

Nessa condição, o jurista acaba por transpor o espaço do direito ao qual estava adstrito, inserindo-se em um ambiente que o permite discutir não apenas acerca das demandas jurídicas, mas também políticas, ampliando seu espaço de atuação. Sendo assim, a judicialização da política, vale dizer, a expansão do Poder Judiciário se relaciona com a temática da separação de poderes, do neoconstitucionalismo e do controle de constitucionalidade à medida que as Constituições atuais, principalmente aquelas promulgadas após II Guerra Mundial, trazem consigo o compromisso de que todos os Poderes, notadamente o Judiciário, devem trabalhar para a efetivação dos direitos fundamentais.

Após apresentado o contexto da judicialização da política e sua relação com o princípio da separação de poderes, neoconstitucionalismo e controle de constitucionalidade, passa-se a análise das condições que facilitam o desenvolvimento do fenômeno da judicialização.

3.3 Condições Facilitadoras da Judicialização da Política

Em estudo realizado por Tate (1995) acerca das condições facilitadoras da judicialização, o autor chegou à conclusão que algumas características são comuns a distintos países, mas compreende não haver uma moldura rígida ou uma fórmula universal que acolha todas as formas possíveis de manifestação desse fenômeno no interior de uma estrutura única, modelar e hermética. Sendo assim, ele apresenta as seguintes condições facilitadoras da judicialização: 1) democracia; 2) separação de poderes; 3) política de direitos; 4) uso dos tribunais por grupos de interesse; 5) uso dos tribunais por partidos de oposição; 6) inefetividade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria; 7) percepção negativa das instituições formuladoras de políticas públicas; 8) delegação (intencional) de responsabilidade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria (*majoritarian institutions*).

Em algumas democracias as condições facilitadoras são vistas com maior intensidade. Em outras, com menor intensidade. No Brasil, por exemplo, Barroso (2012) compreende que a redemocratização, a constitucionalização abrangente e o sistema de controle de constitucionalidade são condições facilitadoras deste fenômeno

no âmbito nacional e que foram significativas para demarcar o cenário de atuação do Poder Judiciário na atualidade. Nesse sentido, a presente pesquisa, a fim de adotar não apenas a percepção de Tate (1995) quanto às condições facilitadoras da judicialização da política, também utilizou os estudos dos autores Brandão (2013), Ginsburg (2003), Verbicaro (2008; 2019), Barroso (2016; 2012), Carvalho (2004) e Hirschl (2009).

3.3.1 Expansão da Democracia e do Pluralismo Político

Segundo Tate (1995), apesar da democracia ser uma condição necessária para o surgimento da judicialização da política, não é suficiente por si só. Isso porque, em todos os países analisados em sua pesquisa, a democracia fazia parte do ambiente político. Nesse sentido, o autor demonstra que, para além das democracias, não é possível que a judicialização encontre espaço em regimes autoritários, sendo inimaginável que um ditador

[...] (1) convide ou mesmo permita que juízes nominalmente independentes aumentem sua participação na tomada de decisões importantes em políticas, ou (2) tolerar processos de tomada de decisão que colocam a adesão a regras e direitos processuais legalistas acima da rápida obtenção dos resultados substantivos desejados (tradução livre) (TATE, 1995, p. 28).

Quanto à democracia e sua interação com a judicialização da política, Brandão (2013) aduz que a fragmentação do poder político conduz para uma expansão do Poder Judiciário. O autor explica que na promulgação das constituições durante o século XX, muitas resultaram da contraposição de partidos políticos na assembleia constituinte e que essa contraposição fomentou significativamente os modelos de controle de constitucionalidade adotados na jurisdição constitucional dos países. Na compreensão do autor,

[...] quanto maior for a força do partido dominante — e conseqüentemente a concentração do poder político — no momento da transição para a democracia, menos amplo tenderá a ser o controle de constitucionalidade, e quanto menor for a força do partido dominante — e, portanto, mais dividido estiver o poder na transição —, mais amplo deverá ser o controle de constitucionalidade (BRANDÃO, 2013, p. 188).

Na reconstitucionalização da Espanha, Portugal e Grécia, por exemplo, houve forte influência da fragmentação dos partidos políticos na assembleia constituinte que, conseqüentemente, conduziram a expansão do Poder Judiciário. Nesse sentido, Brandão (2013) parte do pressuposto de que a democracia aumenta a incerteza eleitoral, de tal modo que, grupos políticos temerosos de perder as futuras eleições acabam por influenciar e estimular sobremaneira a constitucionalização de direitos e garantias

fundamentais a fim de que sejam colocados limites materiais ao poder do partido vencedor, distanciando-se da proposta de “o vencedor leva tudo” neste jogo eleitoral.

Portanto, o autor afirma que:

Enfocando o fenômeno sob a melhor luz, tem-se a garantia de que o Judiciário zelará (i) pela proteção às regras do jogo eleitoral para evitar tentativas de “virada de mesa” pelo grupo que se encontra no poder, e (ii) pela intangibilidade de um consenso político mínimo, de modo a que todos os grupos (razoáveis) se vejam minimamente reconhecidos no projeto constitucional. Assim, a garantia de lisura das regras eleitorais e da preservação do núcleo básico de sua “proposta política” mesmo no caso de derrota eleitoral, tende a manter os perdedores vinculados ao projeto constitucional, desestimulando soluções extraconstitucionais (*i.e.*, golpes de Estado) (BRANDÃO, 2013, p. 189).

Na democracia, há o estabelecimento do pluralismo político, e ambos fomentam a judicialização da política e também produzem: 1) a necessidade de o Judiciário dirimir conflitos de coordenação entre entidades semiautônomas, a exemplo dos entes da Federação e das agências reguladoras, 2) bem como de “[...] dirimir questões políticas nas quais não há consenso na coalização majoritária por serem extremamente divisivas (p. ex., aborto, anistia de crimes ocorridos no regime anterior etc.)” (BRANDÃO, 2013, p. 189).

3.3.2 Separação de Poderes

Segundo Tate (1995), outra condição facilitadora da judicialização da política é a separação de poderes. Para o autor, o Poder Judiciário está em uma posição confortável quando formula políticas públicas contra ou em competição com o Poder Executivo e Legislativo. Além disso, o autor compreende que a (1) independência, o (2) status constitucional de Poder do Estado e o (3) fato de que dificilmente será exigido dos juízes que substituam seu próprio julgamento político por outro, ou mesmo para colocar em prática suas decisões quando outros Poderes falharem em resolver uma questão de política, são características que marcam o contexto de judicialização da política na separação de poderes. Nesse sentido, Hirschl (2009, p. 164-165) considera que:

Uma judicialização da política totalmente abrangente tem, *ceteris paribus*, menos chances de ocorrer em uma comunidade com um sistema político unificado e assertivo, que seja capaz de limitar o Judiciário. Em tais comunidades, a esfera política pode fazer ameaças críveis a um Judiciário superlativo. Do mesmo modo, quanto mais disfuncionais ou paralisados forem o sistema político e suas instituições decisórias em uma dada comunidade organizada como Estado de direito, mais provável será a presença de um Poder Judiciário expansivo. Maior fragmentação de poder

entre os órgãos políticos reduz a capacidade que têm de frear os tribunais, e, conseqüentemente, aumenta a possibilidade de os tribunais se afirmarem.

Porém, cabe ressaltar que Tate (1995) compreende a separação de poderes como uma condição facilitadora, mas não decisiva ou mesmo suficiente para o surgimento da judicialização.

3.3.3 Política de Direitos

É comum que as Constituições contenham um catálogo de direitos fundamentais, principalmente quando ocupam lugar superior no ordenamento jurídico de seus Estados e seja garantida sua proteção por meio do controle de constitucionalidade das leis. Há, portanto, uma tendência de que, quanto mais amplas e extensas forem as Cartas Constitucionais e as garantias da sua eficácia, maior será a judicialização da política (BRANDÃO, 2013).

Segundo Tate (1995), a constitucionalização de direitos fundamentais é uma condição facilitadora da judicialização da política, mas não é considerada essencial. Cita-se, a título de exemplo, Israel, em que não há um texto constitucional escrito e dogmático, sendo tal ausência suprida pela atuação de um Poder Judiciário que participa da aplicação dos direitos fundamentais (BRANDÃO, 2013).

Tate (1995) afirma que independentemente de uma carta constitucional enriquecida de direitos, a aceitação de que os indivíduos e as minorias (a exemplo dos índios, negros, mulheres, crianças, idosos etc.) possuem direitos pode significar um ponto forte contra a vontade da maioria, principalmente quando se depende da interpretação de juízes e magistrados, cuja localização institucional geralmente torna mais fácil a confecção de regras que favoreçam as minorias em detrimento das maiorias.

3.3.4 O uso dos tribunais pelos grupos de interesse

Para Tate (1995), a judicialização da política é um processo que se desenvolve a partir dos interesses econômicos e sociais centrais que estruturam o sistema político de um Estado. O autor afirma que, o desenvolvimento e a expansão dos direitos em geral não é resultado de uma obra altruísta de atores políticos, mas sim resultado de pressões e lutas das organizações sociais, sejam elas movimentos sociais ou grupos de interesse. Dessa forma, os grupos de interesse passam a considerar a possibilidade de veto pelos

dos tribunais na realização de seus objetivos quando não conquistados pela via tradicional.

O acesso à jurisdição constitucional possui diversos modelos, alguns com mecanismos mais restritivos e outros com mecanismos mais elásticos, mais abertos. No modelo original do Tribunal Constitucional da Áustria, por exemplo, apenas acessavam a Corte os governos federais e estaduais, sendo um espaço restrito para debate e proteção ao federalismo. Em contra partida, na Hungria, o sistema conferiu a todo cidadão o acesso à Corte Suprema (BRANDÃO, 2013).

O que se coloca como principal questão do acesso e uso dos tribunais por grupos de interesse é: quanto maior for o acesso e maior for leque de assuntos passíveis de impugnação no controle de constitucionalidade, maior será a tendência à judicialização. Os grupos de interesse e minorias parlamentares (ou partidos minoritários) passam a ver no Poder Judiciário um espaço para “batalhar” quando são derrotados na área política. Com isso, estabelecem-se debates nas Cortes Supremas quanto a “correta” interpretação de um dispositivo constitucional ou legal caso o partido político ou grupo de interesse não tenha alcançado o resultado almejado (BRANDÃO, 2013).

Portanto, Tate (1995) compreende que, à medida que os grupos políticos descobrem a utilidade potencial dos tribunais na realização de seus objetivos, tem-se a possibilidade de se ampliar a compreensão de “direitos” para incluir interesses que podem parecer apenas remotamente conectados a qualquer fundamento constitucional, mas que guardam estreita relação com os interesses dos grupos políticos. Nesse contexto, os mecanismos de controle de constitucionalidade e o rol de legitimados para a propositura das ações perante a Corte Constitucional são fatores significativos no contexto da judicialização da política.

3.3.5 O uso dos tribunais por partidos de oposição

A presente condição facilitadora da judicialização da política é uma complementação do item anterior (uso dos tribunais por grupos de interesse). Por meio das ações do controle de constitucionalidade, os grupos e partidos de oposição passaram a se utilizar dos Tribunais, notadamente, das Supremas Cortes para se oporem a importantes iniciativas governamentais cuja aprovação não conseguiram impedir durante o processo legislativo (TATE, 1995).

O Tribunal passa a ser considerado como uma via alternativa à legislatura.

Sendo assim, os partidos e grupos de oposição ao governo passam a utilizar os Tribunais enquanto saída para perseguir e obstruir governos. Na compreensão de Carvalho (2004, p. 119), “os partidos de oposição, não podendo barrar as alterações realizadas pela maioria, utilizam-se dos tribunais para frear, obstaculizar e até mesmo inviabilizar as alterações em curso”.

Para Ginsburg (2003), o acesso dos grupos e movimentos políticos de oposição aos Tribunais constitui uma espécie de seguro eleitoral. Isso porque, quando as Cortes Constitucionais são chamadas a revisar judicialmente uma ação ou lei aprovada pelo governo, cria-se uma estrutura similar a de um seguro, que é acionada pelos partidos e grupos políticos quando perdem ou têm mitigadas suas cláusulas durante a negociação legislativa. Trata-se de uma aversão ao risco que é inerente à atividade política. Nessa perspectiva, Hirschl (2009, p. 165) assevera que:

[...] a oposição pode buscar judicializar a política (por exemplo, peticionando contra políticas públicas do governo) para dificultar a vida do governo da vez. Políticos da oposição podem recorrer ao Judiciário na tentativa de aumentar sua exposição na mídia, independentemente de o resultado final da disputa ser ou não favorável. Com frequência, por trás da transferência para o Judiciário de questões envolvendo mudanças de regime encontraremos uma busca política por legitimidade (considere, por exemplo, a já mencionada legitimação do golpe de Estado militar pela Suprema Corte do Paquistão, em 1999). Estudos empíricos confirmam que, na maioria das democracias constitucionais, tribunais superiores têm mais legitimidade e mais apoio da opinião pública do que virtualmente todas as outras instituições políticas. Isso é verdade mesmo quando os tribunais se engajam em manifestações explícitas de jurisprudência política.

Demonstra-se que a judicialização da política ultrapassa a discussão da garantia dos direitos ou mesmo no arranjo institucional demarcado pela divisão de poderes, e adentra também na atuação estratégica de grupos políticos em meio a conflitos sociais, econômicos e políticos existentes em uma sociedade, com a finalidade de alcançar seus ideais.

3.3.6 Inefetividade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria (*majoritarian institutions*)

De acordo com Tate (1995), a inefetividade das instituições majoritárias está relacionada à neutralização destas pelo Poder Judiciário quando: 1) grupos de interesse e oposição política utilizam os Tribunais para dirimir disputas legislativas que deveriam ser solucionadas por meio de processos de tomada de decisão majoritária e; 2) quando há certa fragilidade dos partidos políticos e das coalizões de governo, ocasionando uma

espécie de crise de governabilidade no processo decisório, culminando, quase sempre, em demandas no Poder Judiciário.

O autor compreende que quando o Poder Executivo é incapaz de governar por meio de partidos políticos disciplinados com maiorias legislativas eficazes, haverá dificuldade na aplicação de políticas públicas sem o apoio político e público, sendo estes últimos capazes de sustentar a atuação do Executivo em meio aos desafios da oposição que são direcionados ao Poder Judiciário (TATE, 1995).

Para Carvalho (2004, p. 120), a percepção de ineficiência das instituições majoritárias está relacionada à “incapacidade dessas instituições em dar provimento às demandas sociais”. O autor compreende que “toda demanda social que envolva interesse suficiente ou agregue alto custo, certamente encontrará dificuldade para ser efetivada”. Para tanto, diante da inércia dos políticos e da impossibilidade do Poder Judiciário negar uma decisão, estes se encontram obrigados a por um ponto final em conflitos que deveriam ser resolvidos no âmbito político.

Nesse sentido, a judicialização da política e a inefetividade das instituições majoritárias se relacionam enquanto causa e efeito à medida que o Poder Judiciário é chamado para redefinir uma disputa “legislativa” ou garantir um direito, mudando-os do fórum no qual o direito da maioria de governar é aceito (instituições majoritárias), para um no qual as minorias são reconhecidas como tendo direitos que podem ser reivindicados contra maiorias por instituições não majoritárias, como os Tribunais (TATE, 1995).

3.3.7 Percepção negativa das instituições formuladoras de políticas públicas

Esta condição da judicialização da política está relacionada diretamente com a anterior (da inefetividade das instituições majoritárias). Trata-se uma consequência e possível causa dessa incapacidade das instituições majoritárias em concretizar políticas públicas de forma adequada à luz da visão do povo e das elites em relação ao Poder Executivo, Legislativo e Judiciário (TATE, 1995).

Para Brandão (2013), a partir do momento em que as constituições contemporâneas atribuíram aos Estados multitarefas que, na sua maioria, não serão realizadas adequadamente, acabaram por contribuir com um sentimento de desconfiança dos cidadãos em geral e dos grupos de interesse para com as instituições majoritárias, levando-os a acionar o Poder Judiciário para a realização de sua agenda política. Nas

palavras de Tate (1995, p. 31, tradução livre):

Quando o público e os líderes de grupos de interesse e organizações econômicas e sociais relevantes veem as instituições majoritárias imobilizadas, atendendo ao próprio interesse, ou mesmo corruptas, não é surpreendente que concordem com a transferência de poderes políticos ao judiciário, que tem reputação de expertise e retidão, possuindo igual ou maior legitimidade que os administradores públicos e políticos.

Nessa perspectiva, Hirschl (2009) afirma que o Poder Judiciário, especialmente os Tribunais Constitucionais, não operam em um vácuo institucional ou ideológico. Suas decisões não podem ser entendidas de modo isolado, separadas do contexto de conflito social, político e econômico que dão forma ao sistema político. Para o autor, a judicialização tem maior tendência a se desenvolver à medida que as instituições judiciais são percebidas por movimentos sociais, grupos de interesse e ativistas políticos como órgãos decisórios mais respeitáveis, imparciais e efetivos do que outras instituições do Estado consideradas burocráticas (HIRSCHL, 2009, p. 164).

Há, portanto, uma tendência de se reputar que o Poder Judiciário é a melhor arena de debate político e que as instituições majoritárias como o Poder Legislativo e o Executivo são espaços de debate até certa medida.

3.3.8 Delegação (intencional) de responsabilidade das instituições majoritárias para definição da vontade da maioria (*majoritarian institutions*)

Ocasionalmente, a judicialização da política ocorre quando as instituições majoritárias decidem que há certas questões que elas não desejam ter de decidir. Muito embora as lideranças dessas instituições possam negar essa condição, muitas vezes transparece que se trata de uma delegação intencional de determinados conteúdos em razão da sua complexidade dentro das sociedades (TATE, 1995). No entanto, questiona-se: por que as delegações intencionais ocorrem e quais seriam os ganhos em delegar intencionalmente questões ao Poder Judiciário?

Segundo Hirschl (2009), essa transferência de problemas políticos para os Tribunais, principalmente para os Tribunais Constitucionais, trata-se de uma saída conveniente do ponto de vista dos políticos, que não enfrentam a responsabilidade de lidar com questões socialmente controversas, como o aborto, casamento de pessoas do mesmo sexo, uso de *cannabis* para fins medicinais, etc. O autor afirma que:

O cálculo dessa estratégia de “redirecionamento de culpa” é bastante intuitivo. Se a delegação de poderes é capaz de aumentar a legitimidade e/ou diminuir a culpa atribuída aos atores políticos pelo resultado da decisão da

instituição delegada, então tal delegação pode beneficiar os atores políticos. [...] Essa transferência também pode representar um refúgio para políticos que buscam evitar dilemas difíceis, nos quais não há vitória possível, e/ou evitar o colapso de coalizões de governo em estado de fragilidade ou de impasse (HIRSCHL, 2009 p. 165).

Instituições majoritárias delegam ao Poder Judiciário a liberdade de tratar sobre temáticas controversas não apenas por conveniência, mas também porque pode evidenciar a ineficácia das instituições majoritárias quanto à questão debatida. No entanto, a omissão de delegar também indica uma condição de ineficácia do Legislativo e do Executivo na formulação de políticas (TATE, 1995; HIRSCHL, 2009; BRANDÃO, 2013).

3.3.9 Rol de competências da Suprema Corte ou da Corte Constitucional

Parece claro que, quanto maior for o leque de competências da Suprema Corte ou da Corte Constitucional, mais matérias tenderão a serem deslocadas do processo político para o Poder Judiciário. No entanto, mais relevante do que o aspecto quantitativo, vale dizer, do número de demandas que são redirecionadas aos Tribunais, parece ser o relevo político das matérias que são levadas à Corte, isso porque, essa é uma questão que pode inviabilizar o funcionamento do órgão, quando dotado de um rol de responsabilidades inexecutáveis e, por vezes, de reduzida importância (BRANDÃO, 2013).

Nas democracias contemporâneas, as Cortes Constitucionais ou Supremas Cortes são responsáveis por tratar de matérias de significativo relevo político. Por exemplo, a Constituição da África permitiu que a Suprema Corte certificasse o projeto de Constituição elaborado pela Assembleia Nacional Constituinte. Trata-se, portanto, de competência cujo teor político pode condicionar o funcionamento da Suprema Corte (BRANDÃO, 2013).

No Brasil, por exemplo, o Supremo Tribunal Federal (STF) possui competência originária para conhecer 16 (dezesesseis) matérias, que tratam desde o julgamento de infrações penais comuns cometidas por autoridades centrais do país até o julgamento de demandas contra o Conselho Nacional de Justiça (art. 102, CF de 1988). Trata-se de um rol significativo de competências que poderiam ser designadas a outros Tribunais Superiores, permitindo com que o STF tivesse por enfoque apenas o controle de constitucionalidade dos atos e normas, sendo essencialmente um Tribunal

Constitucional.

3.3.10 Constitucionalização abrangente e a dificuldade do processo de reforma constitucional

Duas propostas que conduzem a um cenário de expansão do Poder Judiciário é a constitucionalização abrangente e o elevado grau de dificuldade do processo de reforma constitucional. Segundo Brandão (2013), quando mais analítica e extensa for a constituição, mais matérias poderão se analisadas pelo Poder Judiciário na sua função de zelar pela supremacia constitucional, sendo tendencialmente ampliado o seu espaço de atuação pelo próprio texto constitucional.

Por outro lado, o grau de dificuldade do processo de emenda constitucional chama atenção para a seguinte ideia: quanto mais complexo for o procedimento de reforma do texto constitucional, menor será a possibilidade de futuras majorias emendarem as normas constitucionais que poderiam conduzir a superação de alguma decisão judicial (BRANDÃO, 2013).

Nesse sentido, a combinação da constitucionalização abrangente com a dificuldade no processo de reforma da constituição caminha para uma maior atuação do Poder Judiciário em detrimento da atuação do Poder Legislativo e Executivo, essencialmente Poderes representativos. De fato, se a Constituição for analítica, mas for sujeita a um procedimento simplificado de emenda, muito embora fomente a judicialização, não garante com que o Judiciário tenha a última palavra sobre uma demanda constitucional controvertida, permitindo-se, assim, a superação do precedente pelo Poder Legislativo.

3.4 Judicialização da Política no Brasil: condições facilitadoras e o papel do STF

Como explicado anteriormente, o processo de redemocratização no Brasil promoveu diversos avanços e inovações em matéria de direitos e garantias fundamentais. Não obstante, as instituições também passaram por um processo de amadurecimento, a exemplo do Judiciário, que manteve sua função principal de julgar, mas assumiu também uma condição política em relação ao ordenamento jurídico (FERREIRA FILHO, 1994).

Em um exame mais aprofundado acerca das mudanças que a CF de 1988

instituiu ao Poder Judiciário, é possível confirmar que esta não entende o Judiciário como um órgão neutro, engessado na aplicação do direito ao caso concreto, mas sim um poder de caráter jurídico e político (FERREIRA FILHO, 1994).

Considerando as particularidades do sistema jurídico no Brasil, afirma-se que o processo de redemocratização e reconstitucionalização contribuíram, em grande medida, para o surgimento do fenômeno da judicialização da política no âmbito nacional. Nesse sentido, considera-se que a CF de 1988 é o marco inicial para os estudos da judicialização da política no Brasil (VERBICARO, 2019).

Barroso (2012) afirma que as causas para ocorrência desse fenômeno são múltiplas, algumas delas expressam uma tendência mundial, enquanto que outras estão relacionadas diretamente com modelo e estrutura das instituições nacionais. Sendo assim, adaptando os estudos realizados por Tate (1995) para a realidade do Brasil, construiu-se a seguinte lista de com algumas das condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil:

1) A promulgação da CF de 1988 com uma nova tessitura valorativa ao direito. Em análise a essa condição facilitadora, Verbicaro (2008; 2019) afirma que a CF de 1988 atribuiu grande importância aos princípios constitucionais e consolidou o Estado Democrático de Direito, cujo fundamento está inscrito num extenso catálogo de direitos, como o da liberdade de expressão e de associação, do pluralismo político, da soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana etc., e nos instrumentos processuais de proteção destes direitos, como o mandado de injunção, o mandado de segurança etc. Por meio desta carta constitucional, o Estado resgata promessas e assume um compromisso de igualdade, justiça social e realização dos direitos fundamentais. No entanto, a não realização destes compromissos permite que o Poder Judiciário intervenha na defesa dos indivíduos e grupos sociais que se sintam lesados pelo não cumprimento de seus direitos. Este é, portanto, um marco na atuação do Poder Judiciário, que se insere na arena política para proteção dos núcleos substanciais da CF de 1988.

2) Universalização do acesso à justiça. Esta é uma condição facilitadora que está diretamente relacionada com os estudos de Cappelletti (1988). Para o autor, a ideia de acesso à justiça está relacionada com a acessibilidade do sistema por todos os indivíduos que necessitem da tutela estatal e com o regular funcionamento das estruturas jurídicas, o que proporcionaria resultados socialmente justos.

Sendo assim, a judicialização da política está vinculada ao acesso à justiça na medida em que àquela apenas se materializa se esta estiver garantida. Isto é, a

judicialização depende diretamente do acesso à justiça para se tornar um fenômeno jurídico-político. Para Cappelletti (1988), uma resposta para se garantir o acesso à justiça pode ser construída a partir da assistência jurídica gratuita (ou para os pobres), da representação dos interesses difusos e de um novo enfoque de acesso à justiça construído por:

[...] a) procedimentos mais acessíveis, simples e racionais, mais econômicos e eficientes e adequados a certos tipos de conflitos; b) promoção de uma espécie de justiça baseada na conciliação e no critério da equidade social distributiva; c) criação de formas de justiça mais acessível e participativa, atraindo a ela os membros dos grupos sociais e buscando a superação da excessiva burocratização (VERBICARO, 2019, p. 421).

O autor constrói, nesse sentido, caminhos que permitem à consolidação do acesso à justiça e confirma que este é um direito que não está vinculado apenas com o simples acesso ao Poder Judiciário, mas também aos procedimentos e mecanismos jurídicos que preconizam a efetividade processual, aproximando, ainda mais o direito material e processual. No contexto nacional, o acesso à justiça é direito fundamental, de acordo com o art. 5º, XXXV da CF de 1988. Trata-se de uma disposição que permite com que o Poder Judiciário atue quando acionado por um particular ou coletividade na garantia do direito fundamental.

Na perspectiva da judicialização da política, o acesso à justiça imprime um papel fundamental aos legitimados à propositura das ações do controle concentrado (art. 103 da CF de 1988), que permite a discussão de questões políticas de significativo impacto nacional pelo STF.

3) A existência de uma constituição com textura aberta, com normas programáticas e cláusulas indeterminadas. Esta terceira condição facilitadora da judicialização da política no Brasil encontra sua raiz no momento de elaboração da CF de 1988, em que não havia uma bancada hegemônica que assegurasse um tratamento jurídico objetivo à discussão em questão, capaz de construir uma unidade e uma coerência no debate em torno da constituição. Com isso, recorreu-se às normas que permitissem complementações ou valorações posteriores em seu sentido e conteúdo normativo. Como resultado, percebeu-se que o Poder Judiciário teve sua discricionariedade e protagonismo ampliados:

[...] percebe-se uma sensível diminuição do rigor e da estrita subsunção do juiz a conceitos jurídicos fixos, a conceitos cujo conteúdo seja explicitado com segurança através da interpretação. Verifica-se, pois, a ampliação das hipóteses nas quais os juízes são chamados a valorar autonomamente as normas constitucionais (e também as normas infraconstitucionais) e, por vezes, a decidir e a agir de um modo semelhante ao legislador. Tal mudança enfatiza as especificidades, peculiaridades e singularidades do

caso concreto, o que propicia condições de possibilidade para uma análise equitativa e fundada em preceitos de uma justiça social e distributiva; mesmo que em nome de um certo déficit de certeza, previsibilidade, univocidade e exatidão da ordem jurídica (VERBICARO, 2019, p. 426-427).

Diante da existência de fatores de indeterminação do direito (conceitos indeterminados, cláusulas gerais, conceitos normativos, conceitos discricionários e normas programáticas), o juiz é chamado para descobrir o direito do caso concreto, descortinando valorações e adaptando a norma à dinâmica da realidade social. Os fatores de indeterminação do direito conduzem à substituição do juiz estritamente vinculado a lei para o juiz responsável por modelar a vida social, que consegue captar e atender as múltiplas necessidades sociais. Nesse sentido, tais fatores de indeterminação do direito conduzem, ou em alguma medida possibilitam:

[...] efetividade e força vinculante à Constituição, por intermédio do Poder Judiciário, que passa a ter uma atuação de cunho substancial a fim de efetivar os princípios democráticos, bem como a garantia dos direitos e garantias fundamentais. Para se garantir a máxima normatividade possível dos enunciados constitucionais atinentes aos direitos fundamentais, torna-se imperativo que o Poder Judiciário efetue o controle das políticas públicas, utilizando-se, para tanto, de técnicas hermenêuticas adequadas a fim de assegurar o caráter racional do processo decisório. (VERBICARO, 2008, p. 396).

No entanto, é válido lembrar que os fatores de indeterminação do direito não permitem ao magistrado uma total e irrestrita liberdade de julgamento. Segundo Verbicaro (2019), há molduras e pautas normativas que devem ser observadas pelo magistrado no momento da interpretação e aplicação da norma ao caso concreto. É verdade que os fatores de indeterminação permitem uma ampliação da discricionariedade judicial e uma politização das reivindicações jurídicas, proporcionando maior destaque à atuação do Poder Judiciário, mas também condicionam um maior senso de responsabilidade para com a garantia dos direitos fundamentais, a eficácia de suas decisões, a promoção da igualdade e a inclusão social etc. (VERBICARO, 2008; 2019).

Na CF de 1988, há determinados conceitos cujos significados têm sido construídos com o passar do tempo, demonstrando se tratar de um processo contínuo, influenciado pela realidade e contexto social. Por exemplo, o STF, ao analisar o art. 226 e o conceito de família nele contido, compreendeu que a estrutura familiar composta por pessoas de mesmo sexo estão abarcadas neste conceito, ampliando a ideia de família pensada pelo constituinte originário. É, portanto, uma interpretação dada pelo Poder Judiciário que busca responder uma demanda social que buscava igualdade para todas

as estruturas familiares estabelecidas.

4) Ampliação das competências do STF por meio do controle de constitucionalidade dos atos normativos e dos legitimados a propor ações do controle concentrado. De início, destaca-se que o Brasil adotou um amplo e complexo sistema de controle de constitucionalidade, misturando elementos tanto do modelo norte-americano, em que qualquer juiz ou tribunal pode julgar a constitucionalidade de leis em face da Constituição em casos concretos, e do modelo austríaco, em que uma Corte Constitucional julga a validade de uma lei em face da Constituição de modo teórico e abstrato, ou seja, sem haver a discussão de uma demanda entre partes interessadas (BARROSO, 2016).

Conseqüentemente, o controle de constitucionalidade apresenta-se como o principal instrumento de materialização da judicialização da política, na medida em que o Poder Judiciário passa a exercer a função de cancelar a validade de leis e políticas públicas aprovadas pelo Executivo e Legislativo (VERBICARO, 2008; 2019).

Observa-se, inclusive, que o próprio Legislador brasileiro foi responsável por inserir no ordenamento jurídico nacional dispositivos que ampliaram gradativamente o papel do STF no exercício da Jurisdição Constitucional, em especial por meio do controle concentrado, a exemplo da criação da Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) em 1993 e da aprovação das Leis n. 9.868 e n. 9.882 de 1999, que regulamentam a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), a ADC e a Arguição de Descumprimento de Preceito Federal (ADPF).

Quanto aos legitimados ativos para propor as ações do controle concentrado, novamente, observa-se que o próprio Constituinte de 1987/1988 estabeleceu um extenso rol de entidades e órgãos no art. 103 da CF, o que acaba por transformar a modalidade concentrada de controle em arena de debates políticos e de lutas pela afirmação de interesses, sobretudo pela oposição política ao governo do momento.

5) A crise dos órgãos políticos eletivos no Brasil. Assim como em outras democracias contemporâneas, é possível observar a crescente insatisfação do eleitorado brasileiro em relação aos órgãos representativos, que não conseguem concretizar a proposta constitucional de direitos e garantias fundamentais. Como consequência dessa desconfiança, os cidadãos buscam no Judiciário a resposta para seus anseios não atendidos pelo Executivo e pelo Legislativo. E, em razão do princípio da inafastabilidade da jurisdição, os Tribunais precisam dar uma resposta a tais demandas (BARROSO, 2012; ARANTES, 2006; VERBICARO, 2008; 2019).

3.4.1 Judicialização da Política de Saúde no STF

Segundo o art. 5º, §1º, da CF de 1988, as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata, por essa razão os indivíduos e coletividades podem acionar o Poder Judiciário para garantia, proteção e efetivação dos seus direitos (BRASIL, 1988).

Quanto à saúde, este direito é reconhecidamente prestacional, o que requer do Estado atos positivos, por meio de políticas públicas de saúde que garantam o seu exercício por toda a sociedade. Isso fica claro ao se observar o disposto no art. 196 da CF, que estabelece a obrigatoriedade de políticas sociais e econômicas em torno de questões sanitárias:

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. (BRASIL, 1988, não paginado).

Trata-se de um direito que exige do Poder Público uma ampla gama de programas governamentais e políticas dirigidos a cada segmento da sociedade. No entanto, em inúmeras situações, o Estado se abstém do seu dever constitucional de prestar o direito à saúde, obrigando, assim, o indivíduo ou a coletividade a reivindicarem em juízo seu direito, acionando o Estado para sua garantia (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013).

Desde o estabelecimento da CF de 1988, o art. 5º, XXXV, estabelece que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988, não paginado), de modo que, uma vez judicializadas demandas relacionadas ao direito social à saúde, deverão os juízes e tribunais proferirem uma decisão. Nesse sentido, segue a passagem de Delduque, Marques e Ciarlini (2013, p. 188):

Por mais complexas que sejam as questões postas em juízo, e por mais que essas se misturem com outras questões além das estritamente jurídicas (questões econômicas, políticas e até mesmo técnico-científicas), o Judiciário deve se pronunciar a respeito delas. E deve, ao final da etapa processual correspondente, proferir uma decisão que colocará fim ao processo, e que atenderá, ou não, a pretensão do autor. Essa decisão, principalmente quando proferida no julgamento de demandas que envolvem os direitos sociais, pode extrapolar os contornos tradicionais do sistema jurídico e se imiscuir nas questões oriundas de outros sistemas, como o político e o econômico.

Por judicialização da saúde entende-se a participação do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas na área da saúde. Por meio das decisões, juízes e Tribunais garantem o acesso, à título individual ou coletivo, aos bens jurídicos que

condicionam o dispêndio de verba pública. De acordo com Ávila e Melo (2018), a judicialização sujeita o Poder Judiciário à crítica de que sua atuação afeta a natureza política de outros poderes, estando associada sua atuação ao neoconstitucionalismo ou pós-positivismo.

No Brasil, a judicialização da saúde se iniciou na década de 1990, principalmente após os casos de infecção pelo vírus da HIV, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS). Um caso que alcançou grande repercussão ocorreu com a “menina Lu”, menor de idade infectada pelo vírus e que requeria judicialmente o uso de coquetel antirretroviral (PORTAL G1, 2012). Tratou-se de um precedente médico e jurídico para a judicialização de tratamentos de HIV: o primeiro, porque o tratamento da criança foi um sucesso, sendo o primeiro no Brasil e uma oportunidade para pacientes crianças e adolescentes realizarem seus tratamentos; o segundo, porque houve forte mobilização de pessoas portadoras do vírus e de seus familiares na busca do tratamento para o HIV/Aids por via judicial com fundamento no direito à vida e à saúde inscrito na CF de 1988 (ÁVILA; MELO, 2018).

No exame da judicialização da saúde há pontos negativos e positivos que precisam ser ressaltados. Os pontos positivos expressam-se, por exemplo, na mobilização da sociedade civil e das instituições legitimadas à defesa coletiva e promoção da organização das políticas de saúde, como se observa com a Política Nacional de Tratamento do HIV/Aids e Programa Nacional de Imunizações (PNI). Os pontos negativos apresentam-se no fato de que pacientes, grupos profissionais e indústria buscam o Poder Judiciário para garantia de um direito em detrimento do interesse coletivo, o que muitas vezes causa desordem ao orçamento público; ainda, torna algumas políticas de saúde efetivas apenas por via judicial. Segundo Ávila e Melo (2018, p. 96), as críticas à judicialização da saúde são pertinentes, tendo em vista que é preciso um alerta quanto às

[...] injustiças distributivas que as decisões judiciais provocam no orçamento das políticas públicas, tanto pela falta de legitimidade democrática do Judiciário, quanto pela ausência de conhecimento técnico para decisões em tais lides. Alega-se que, ao pretensamente garantir o direito à saúde no caso concreto, o juiz pode estar direcionando orçamento escasso para escolhas de tratamentos que são contrários aos consensos de especialistas médicos, ou mesmo experimentais, e sem nenhuma evidência que consubstancie o deferimento da demanda.

Este aspecto da judicialização elucida que o debate acerca do direito à saúde pelo Poder Judiciário perpassa não apenas por sua capacidade enquanto instituição para lidar com as especificidades dos protocolos da medicina para cada caso concreto, mas

também pela discussão de justiça na distribuição dos recursos do Estado por juízes e Tribunais. Nesse cenário, ressalta-se a atuação do STF acerca da judicialização da política de saúde no Brasil. Compreende-se que o STF possui papel fundamental na discussão da judicialização da política de saúde no Brasil, principalmente se se analisar a partir do sistema de controle de constitucionalidade, em que é dada a possibilidade da Corte cancelar leis e políticas públicas dos Poderes Executivo e Legislativo segundo os preceitos constitucionais (ÁVILA; MELO, 2018).

Em razão de ser o guardião e intérprete do texto da CF, caberá sempre ao STF dar a última palavra nas questões relativas à interpretação do direito fundamental à saúde. Por diversas vezes, a Corte precisou se manifestar sobre questões sanitárias de grande impacto nacional, como o fornecimento de medicamentos de alto custo sem registro na ANVISA, a interrupção da gestação em casos de gravidez anencefálica, o uso medicinal do canabidiol, o Programa Mais Médicos (PMM), o impacto sobre a saúde humana do campo eletromagnético de linhas de transmissão e energia, a proibição da produção e da comercialização do amianto no Brasil, pulverização aérea de inseticidas, uso da fosfoetanolamina (pílula do câncer) etc. (BRASIL, 2021e).

De modo a demonstrar os expressivos números da judicialização da saúde no Brasil, no Relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”, desenvolvido pelo CNJ, apresenta-se que, entre os anos de 2008 e 2017, houve o crescimento de 130% das demandas em saúde na 1ª instância dos Tribunais no Brasil. Dentre os conteúdos mais discutidos no bojo dessas demandas estão: plano de saúde, seguro e saúde, tratamento médico-hospitalar e fornecimento de medicamentos (CNJ, 2019).

Em números totais, a pesquisa catalogou 498.715 processos de primeira instância, distribuídos entre 17 justiças estaduais, bem como 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais estaduais, no período analisado entre os anos de 2008 e 2017 (CNJ, 2019).

Por fim, é preciso alertar que tal postura expansiva do STF (e de todo o Poder Judiciário nacional) não é fruto de uma escolha desta instituição e de seus magistrados, sendo, de modo mais preciso, um reflexo do modelo constitucional vigente no Brasil, que exige dos Tribunais a tomada de decisão diante das demandas apresentadas, não havendo ferramentas processuais que permitam não decidir determinado caso. Há, por consequência, uma relativização institucional do princípio da separação de poderes (RIBAS; SOUZA FILHO, 2014).

4 A PANDEMIA DA COVID-19: histórico, papel da OMS e atuação dos Poderes no Brasil

O final do século XIX foi marcado por uma onda exagerada de otimismo graças às grandes descobertas médicas e os avanços alcançados no combate às epidemias. O prognóstico da saúde pública na segunda metade do século XX considerava a eliminação das doenças decorrentes da afluência e da urbanização, possíveis de serem prevenidas pela tecnologia, pela universalização do saneamento básico e desenvolvimento de antibióticos e vacinas. De acordo com esse modelo teórico, as doenças características da pobreza, cederiam espaço para as doenças da abundância (BERLINGUER, 2004).

O final do século XX, por outro lado, foi caracterizado por perplexidade e até mesmo por pessimismo devido às perspectivas de uma crescente globalização de riscos, não compreendida socialmente e sequer difundida, sendo ofuscada pela desinformação ou pela espera miraculosa dos sucessos da medicina (com reprogramação de DNA para inibir doenças e patologias, dentre outras promessas) (BERLINGUER, 2004).

Nas últimas décadas, a extraordinária redução da mortalidade das pessoas por doenças infecciosas em todos os países trouxe a esperança de um mundo sem a presença das epidemias, de sorte que muitas poderiam ser prevenidas pelo avanço tecnológico, pela universalização do saneamento básico e, de modo particular, pelo desenvolvimento de antibióticos e vacinas (BERLINGUER, 2004; LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020).

No entanto, a soma da vulnerabilidade dos organismos humanos em convivência com agentes infecciosos como os micróbios e vírus sempre continuará a fazer parte da experiência da vida no planeta, o que acabar por questionar as teses otimistas com prognósticos de eliminação das doenças e dos riscos cíclicos de pandemias (BERLINGUER, 2004; GARRET, 1995).

Desde o início do século XXI até fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já declarou 6 (seis) vezes a ocorrência de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), compreendido como um evento extraordinário em matéria de saúde pública global e que está relacionado com a propagação internacional de uma doença que exige uma resposta coordenada dos Estados e organismos internacionais (BRASIL, 2005). Listam-se abaixo algumas informações sobre a história dessas emergências:

Quadro 1: Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional declaradas pela OMS desde o início do século XXI

Gripe A (H1N1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em abril de 2009 ▪ Foi extinta em 2010 ▪ Inicialmente conhecida por gripe suína e com origem no México ▪ Ocasinou a morte de 17 (dezesete) mil pessoas
Poliomielite (em curso)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em maio de 2014, durante a 33ª reunião do Comitê de Emergências da OMS ▪ Casos de pólio foram identificados em mais de 20 países, principalmente da África, do oriente Médio e da Ásia, o que motivou a entidade a declarar o ESPII, principalmente países em guerra armada ▪ Após intensa campanha de vacinação, os casos de pólio diminuíram e apenas em alguns países foram detectados novos casos, como no Paquistão, Síria, Nigéria e Afeganistão
Ebola	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em agosto de 2014 e extinta em março de 2016, a doença matou cerca de 11 (onze) mil pessoas ▪ Afetou os países da África Ocidental como Senegal, Serra Leoa, Libéria, Nigéria e Guiné
Zika Vírus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em fevereiro de 2016, tendo em vista sua possível associação com casos de microcefalia e síndromes neurológicas em recém nascidos ▪ Houve também relatos de casos na Polinésia Francesa em 2014, o que se tornou suficiente para a declaração de uma emergência de saúde pública internacional ▪ Marcado por grave crise política e simultaneamente com os Jogos Olímpicos e Paralímpicos no Brasil
Ebola (em curso)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em maio de 2019 ▪ O epicentro da doença ocorreu na República do Congo, local marcado por conflitos armados e por instabilidade política
Coronavírus ou Covid-19 (em curso)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declarada ESPII em janeiro de 2020 ▪ O epicentro da doença ocorreu em Wuhan, na China ▪ Os primeiros casos de pneumonia iniciaram em dezembro de 2019 ▪ Declarado o estado de pandemia em março de 2020 ▪ Em 2020 a doença ocasionou a morte de mais de 1.8 milhão de pessoas em todo o mundo

Fonte: Portal G1, 2014; FIOCRUZ, 2016; OPAS, 2020a.

Especialmente quanto a ESPII do coronavírus, temática da presente pesquisa, percorreu-se, abaixo, acerca do seu histórico e também quanto à atuação da OMS em meio a uma nova declaração de pandemia e seu papel no âmbito internacional de proteção à saúde.

4.1 A Pandemia da COVID-19: aspectos históricos e a atuação da Organização Mundial da Saúde no enfrentamento da pandemia

Em dezembro de 2019 casos de pneumonia começaram a ser detectados na cidade de Wuhan (China). No início, as autoridades pensavam se tratar de mais um caso de pneumonia viral, considerando que de tempos em tempos ocorrem casos similares na região. No entanto, num curto espaço de tempo, o mundo começou a acompanhar um aumento significativo do número de casos da doença na China (OPAS, 2020a).

Em 31 de dezembro de 2020, o Escritório Regional da OMS no Pacífico Ocidental é notificado acerca de casos de uma “pneumonia de causa desconhecida” em Wuhan. Na oportunidade, a OMS ativa sua Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes (IMST), para coordenar atividades e resposta em todos os níveis da OMS (sede, regiões e países). Em 09 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas informam à OMS se tratar de um surto causado por um novo coronavírus – cientificamente chamado de Sars-CoV-2 pelo Comitê Internacional de Taxonomia do Vírus e que ocasiona a doença da Covid-19 –, o que conduziu à primeira teleconferência com especialistas em saúde global (OMS, 2021).

Entre os dias 10 e 12 de janeiro de 2020, a OMS publicou um conjunto abrangente de orientações quanto ao gerenciamento de um novo surto de coronavírus. Os países membros receberam documentos que tratavam acerca: a) da prevenção e controle de infecções por coronavírus; b) testes de laboratórios para o novo coronavírus; c) dos riscos e orientações à comunidade diante do surgimento do novo coronavírus; d) da definição de casos para a infecção de coronavírus em humanos; e) de conselho aos viajantes, explicitando forma de contágio, sintomas e medidas sanitárias a serem adotadas; f) de lista de produtos necessários para lidar com a doença (OMS, 2021). Essas recomendações foram as primeiras que a Organização publicou com a finalidade de compartilhar dados e informações aos países.

Em 11 de janeiro de 2020, ao mesmo tempo em que a OMS recebia a sequência genética do novo coronavírus, a mídia chinesa informava que a primeira morte em razão do vírus havia ocorrido. Naquele momento, o vírus já havia sido detectado em outros países, o que exigiu da OMS uma maior articulação no seu enfrentamento. Durante o mês de janeiro de 2020, a OMS promoveu conferências e reuniões com a finalidade de angariar o máximo de informações acerca do novo coronavírus. Em 20 de janeiro de 2020, a OMS apresenta novas orientações, dessa vez, direcionadas aos cuidados

domiciliares para pacientes com suspeita de infecção pelo vírus. Dentre as recomendações indicadas, citam-se: higiene das mãos; uso de equipamentos de proteção pessoal/ individual, a depender da condição do paciente; realização de higiene respiratória adequada, etc. (OMS, 2021).

Em 21 de janeiro de 2020, a OMS noticia que o novo coronavírus era transmissível de pessoa para pessoa, fato este que conduziu à realização da primeira reunião de rede global de especialistas em prevenção de controle de infecções. Nos dias seguintes, o Comitê de Emergência da OMS foi convocado para aconselhar o Diretor-Geral quanto a declaração de ESPII, no entanto, as informações acerca do vírus ainda não eram suficientes para o surto constituísse uma ESPII, muito embora os primeiros casos na Europa já tivessem sido reportados à OMS. Em meio a esse cenário de dúvida quanto à declaração de uma situação de ESPII, os países as Américas são orientados a se prepararem para detectar, isolar e cuidar precocemente dos pacientes infectados pelo novo coronavírus, dada a possibilidade de viajantes carregarem o vírus de um país para outro (OMS, 2021).

Em 25 de janeiro de 2020, diante do número crescente de casos em todo o mundo, a OMS publicou o primeiro curso online gratuito sobre o novo coronavírus, destacando a importância de todos estarem conscientes acerca deste novo problema em matéria de saúde pública (OMS, 2021).

Em 29 de janeiro de 2020, a OMS publica nova recomendação à população mundial e indica necessário o uso de máscara de proteção em ambiente comunitário, em cuidados domiciliares e nos centros de saúde. Esta recomendação impactou significativamente a realidade das pessoas em todo o mundo, que passaram a utilizar a máscara como medida de proteção contra o coronavírus (OMS, 2021).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o novo coronavírus se tratava de uma ESPII, cumprindo os critérios de (1) evento extraordinário, (2) que constitui um risco para a saúde pública dos Estados e (3) demanda uma resposta internacional coordenada, segundo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (BRASIL, 2005). É importante ressaltar que, na ocasião da declaração de ESPII, nenhuma medida restritiva, a exemplo do fechamento de fronteiras, foi recomendada pela OMS que apresentou preocupação quanto ao impacto que uma medida como esta poderia ocasionar ao turismo e comércio entre os países (OPAS, 2020b).

Em 03 de fevereiro de 2020, a OMS publicou o documento Plano Estratégico de Preparação e Resposta (PEPR) cujo foco era melhorar a capacidade dos países em

detectar, preparar e responder ao surto do novo coronavírus. O plano discriminava o que a ciência conhecia acerca do vírus e quais as estratégias poderiam ser adotadas em âmbito internacional, nacional e regional para enfrentá-lo. Para complementá-lo, a OMS publicou que as diretrizes estão fundamentadas nos seguintes pilares: coordenação, planejamento e monitoramento do país; comunicação de risco e colaboração da comunidade; vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos; pontos de entrada; laboratórios nacionais; prevenção e controle de infecções; gestão de caso; e apoio operacional e logístico (OMS, 2021).

Em meio ao cenário de incertezas, o Diretor-Geral da OMS pede à comunidade internacional que aproveite a oportunidade para intensificar a preparação, que adote uma abordagem de governo integral e que seja orientado pela solidariedade, não pela estigmatização. Nessa altura, o Projeto P&D foi ativado pela OMS com a finalidade acelerar diagnósticos, vacinas e tratamentos contra o novo coronavírus (OMS, 2021).

Em 27 de fevereiro de 2020, dias após a OMS ter sugerido o uso de máscara para proteção contra o coronavírus, uma nova recomendação é publicada com orientações quanto ao uso racional de equipamentos de proteção individual (EPIs), considerando que muitos começaram a faltar no mercado (OMS, 2021).

Ao final de fevereiro de 2020, o novo coronavírus já havia infectado aproximadamente 100 mil pessoas ao redor do mundo, situação esta que conduziu a OMS recomendar a quarentena e testagem de pessoas com sintomas da doença da Covid-19 (OPAS, 2020b). Especialmente na recomendação publicada no dia 29 de fevereiro de 2020, a OMS indica a realização de quarentena por 14 (quatorze) dias como medida adequada à contenção do vírus, que compreende no afastamento social da pessoa que está contaminada ou que teve contato recente com o vírus e ainda não manifestou sintomas (OMS, 2021).

No dia 11 de março de 2020, após os números alarmantes de propagação do vírus em todos os continentes, a OMS concluiu em sua avaliação que a COVID-19 poderia ser considerada uma pandemia, exigindo, nesse sentido, de todos os Estados e Organismos Internacionais a adoção de uma abordagem pan-governamental e pansocial no enfrentamento à doença, promovendo políticas sanitárias cujo enfoque eram salvar vidas e minimizar as consequências da pandemia (OMS, 2021).

Diante deste cenário complexo de transmissão comunitária de um vírus, impõem-se muitos desafios adicionais aos Estados, à vigilância epidemiológica e à formulação de políticas públicas, principalmente em países onde o acesso aos sistemas

de saúde é desigual e conduzem à exclusão de alguns grupos, como é o caso do Brasil, apesar da proposta universal do SUS, e alguns países da América Latina (RAFAEL et al., 2020).

No controle epidemiológico de doenças, os autores Rafael et al (2020, p. 2) informam que o monitoramento das curvas epidêmicas é umas das principais medidas adotadas pelo Poder Público, tendo em vista que

[...] o acompanhamento gráfico dos casos permite antever o cenário epidemiológico do evento e, com isso, programar políticas públicas e assistenciais próprias ao seu enfrentamento. É antigo o conhecimento acadêmico sobre este monitoramento, que está pautado em técnica consagrada na literatura, sempre utilizando medidas de incidência (casos novos do evento) para a estimação da velocidade de adoecimento populacional. Medida importante a ser considerada na estimação desta curva é a capacidade de reprodução da doença, que é dada pela estimação do número de casos secundários que poderão ser gerados a partir de um só hospedeiro. Quanto maior esta capacidade de reprodução, maior será a velocidade de progressão de uma epidemia.

No caso da pandemia do novo coronavírus, em que a curva de crescimento era contínua e não aparentava se aproximar da estabilidade, os Estados começaram a adotar não apenas a quarentena como medida de enfrentamento à doença, mas também o isolamento social, tendo em vista que a capacidade de resposta dos sistemas de saúde ao redor do mundo estava diminuindo e a possibilidade de colapso ser iminente aumentando. Sendo assim, as estratégias de enfrentamento ao coronavírus adotadas pelos Estados foram as seguintes: a) ampliação da testagem dos casos suspeitos com rápida entrega dos resultados; b) identificação do comunicante da doença e posterior início de isolamento domiciliar; c) investimento em equipamentos de proteção individual (EPIs) para profissionais da saúde; e d) adoção de políticas assistenciais voltadas ao monitoramento comunitário (RAFAEL et al., 2020).

Em março de 2020, a Europa era o segundo epicentro da doença, com altos números de internados e infectados. A Itália, assim como outros países daquele continente, estava com seu sistema de saúde sobrecarregado, faltavam medicamentos, equipamentos e profissionais de saúde para atender às demandas de saúde (PRESSE, 2020).

Preocupada com a estruturação dos sistemas de saúde ao redor do mundo, a OMS iniciou projeto de levantamento de recursos para financiar sistemas de saúde e profissionais que atuavam na linha de frente, vale dizer, cuidando e tratando pacientes com coronavírus. Em 13 de março, a OMS junto com a Fundação das Nações Unidas lança o Fundo de Resposta Solidário ao COVID-19 para receber doações de indivíduos,

empresas e instituições, que arrecadou mais de 70 milhões de dólares para a saúde (OMS, 2021).

Na segunda metade do mês de março de 2020, a OMS realizou diversas campanhas com Organizações Internacionais a fim de conscientizar as pessoas ao redor do mundo a protegerem suas vidas. Em continuidade, foram publicadas recomendações quanto a saúde mental na pandemia e testes de laboratório para a COVID-19, bem como publicado um manual para configurar e operar um centro de tratamento para infecções respiratórias agudas graves e uma área de triagem, para otimizar o atendimento ao paciente, sendo este último documento direcionado aos Estados que ainda não estavam com seus sistemas de saúde sufocados. Nesse sentido, a OMS emitiu condutas que deveriam ser adotadas a fim de não sobrecarregar os sistemas de saúde ao redor do mundo, que já sofriam com a falta de produtos essenciais para a saúde (OMS, 2021).

No mês de abril de 2020, a OMS atualizou suas recomendações quanto ao uso de máscaras e incluiu a necessidade de pessoas saudáveis também utilizarem máscaras em ambiente social, além disso, disciplinou acerca de medidas mais restritivas de mobilidade social, como o confinamento ou isolamento (OMS, 2021).

Entre os meses de abril e junho de 2020, muito se discutiu acerca da vacinação contra o novo coronavírus e quanto ao uso de medicamentos como cloroquina e hidroxcloroquina em pacientes infectados pelo vírus. Quanto ao primeiro ponto, a OMS criou o programa *ACT-Accelerator* e o Conjunto de Acesso à Tecnologia contra COVID-19 (C-TAP), cuja finalidade era desenvolver de forma mais rápida testes, tratamentos e vacinas contra o vírus. Quanto ao segundo, a OMS anunciou a descontinuação do grupo de tratamento com a hidroxcloroquina, após estudos apresentarem que o medicamento não reduz a mortalidade em pacientes hospitalizados (OMS, 2021).

Quando ao desenvolvimento das vacinas contra o coronavírus, tratou-se de um processo altamente complexo, que envolvia estudos genômicos virais, identificação do alvo da vacina, projeto, fabricação, armazenamento e distribuição, além da realização de estudos pré-clínicos e clínicos de segurança e eficácia. Em média, o tempo de desenvolvimento de uma vacina é de 10 (dez) anos, mas em razão do momento pandêmico, instituições e pesquisadores de todo o mundo estavam empenhados em obter vacinas seguras e efetivas (PÊGO et al, 2021).

No âmbito internacional, estavam sendo desenvolvidas vacinas por diversas empresas localizadas em países distintos, sendo os principais os EUA, o Reino Unido e

a China, cujos ensaios clínicos foram realizados na América Latina. Em âmbito nacional, destaca-se a atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conjuntamente com a Secretaria de Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e ação interministerial, que iniciou, alguns meses depois, a reproduzir a vacina AstraZeneca da Universidade de Oxford (PÊGO et al, 2021).

Nos meses de julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro, muitas medidas foram realizadas pela OMS e consideradas relevantes, citam-se: 1) o Mecanismo COVAX, que é compreendido como um componente chave no processo de imunização da humanidade, tendo em vista que, por meio dele, 60% da população mundial seria vacinada; 2) publicação de novas recomendações acerca do uso de máscaras por crianças; 3) publicação de pesquisa quanto aos efeitos da COVID-19 nos sistemas de saúde, tendo por base informações de 105 países; 4) convite à manifestação de interesse para fabricantes de vacinas contra o coronavírus que desejam apresentar pedidos de pré-qualificação e ou inclusão da lista de uso em emergências; 5) acompanhamento do desenvolvimento das vacinas contra a COVID-19 e validação para uso emergencial de uma vacina contra o vírus (OMS, 2021).

Citam-se as vacinas que em agosto de 2020 estavam em fase de testes: 1) Ad26 SARS-CoV-2 (*Janssen Pharmaceutical Companies - Johnson*); 2) mRNA 1273 (Moderna); 3) BNT162 (*BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer*); 4) AZD1222 (Universidade de Oxford/AstraZeneca); 5) Coronavac (Sinovac); 6) Sputnik V (Instituto de Pesquisa Gamaleya); 7) Covaxin (Bharat Biotech); 8) NVX-CoV2373 (Novamax); 9) AD5-nCov (CanSino Biological Inc./Instituto de Biotecnologia de Pequim) (OMS, 2021).

Por certo, a atuação da OMS em meio à pandemia do novo coronavírus foi essencial para que os países tivessem minimamente a compreensão acerca do cenário com que estavam lidando e complexidade das questões sanitárias. No decurso do ano de 2020, o vírus sofreu mutações que poderiam prejudicar o desenvolvimento das vacinas e confirmação de sua eficácia. Trata-se, portanto, de uma condição inerente ao vírus que caminha e se expressa de modo distinto em cada organismo.

É, nesse sentido, adequada a afirmação de Berlinguer (2004) e Garret (1995) de que a sociedade contemporânea cada vez mais terá que lidar com epidemias e pandemias, não apenas em razão do organismo frágil dos homens, mas também da sua rápida movimentação pelo mundo.

4.2 Poderes Executivo e Legislativo Federal: atuação no enfrentamento à pandemia da COVID-19 em 2020

Em momentos de instabilidade, tal como vivenciado com a pandemia do novo coronavírus em 2020, muitos questionamentos surgem acerca de como os países devem agir e responder, principalmente quando se está diante de uma situação que reivindica a garantia de um direito tão complexo e com tantos elementos distintos, como o direito à saúde (RAMOS, 2014).

No Brasil, a atuação do Poder Público se iniciou antes do primeiro caso de contaminação pelo novo coronavírus ter sido detectado pelas autoridades sanitárias nacionais. O primeiro ato promovido pelo Poder Executivo Federal ocorreu com a decretação do estado de emergência, em 04 de fevereiro de 2020, devido ao rápido crescimento do número de casos em todo o mundo e a necessidade de acompanhar a entrada e saída de pessoas do território nacional (BRASIL, 2020e).

Desde esse momento, o Poder Executivo e Legislativo Federal atuaram por meio de diversas normativas e políticas públicas de saúde, sendo uma das principais normativas a Lei n. 13.979/2020, conhecida como “Lei da Quarentena”, que disciplinou sobre as medidas de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no território nacional, dispendo, dentre outros assuntos, sobre isolamento, quarentena, determinações compulsórias, estudo ou investigação epidemiológica etc. Essa primeira normativa conduziu a atuação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no enfrentamento à pandemia durante o ano de 2020 (VENTURA et al, 2020).

Desde fevereiro, quando a Lei n. 13.979/2020 foi promulgada, até dezembro de 2020, constatou-se um significativo número de normativas editadas pelo Poder Executivo e Legislativo Federal relacionados à pandemia. Listam-se os números: 56 (cinquenta e seis) Decretos, 247 (duzentos e quarenta e sete) Portarias, 2 (duas) Leis Complementares; 53 (cinquenta e três) Leis, 78 (setenta e oito) Medidas Provisórias, 14 (quatorze) Instruções Normativas, 63 (sessenta e três) Resoluções e 3 (três) Decisões (BRASIL, 2021c).

Tendo como referência as normativas editadas e os atos promovidos pelos Poderes Executivo e Legislativo Federal, discorre-se acerca da sua atuação durante o ano de 2020 no que diz respeito à pandemia da COVID-19.

4.2.1 Poder Executivo Federal

Depois de declarado o ESPII (30 de janeiro de 2020), o Governo Federal adotou 3 (três) medidas que serviram de auxílio, naquele momento, para o enfrentamento do coronavírus, ainda que nenhum caso tivesse sido confirmado em território nacional. Destacam-se as medidas adotadas: 1) a publicação do Decreto n. 10.211/2020, que reativa o grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), responsável por propor, acompanhar e articular medidas de preparação e de enfrentamento ao vírus; 2) a publicação da Portaria n. 188/2020 (em 03 de fevereiro de 2020), declarando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN); 3) a edição da Medida Provisória n. 921/2020 (em 07 de fevereiro de 2020), abrindo crédito extraordinário ao Ministério da Defesa para retirada de brasileiros que estavam no território chinês (BRASIL, 2020c; 2020d; 2021a).

Em 11 de março de 2020, quando houve a declaração da pandemia pela OMS e o número de casos no Brasil começaram a crescer, o Executivo Federal retoma a publicação de instrumentos normativos, que apresentam cunho de resolução de problemas emergenciais e pontuais, a exemplo, daqueles relacionados à organização interna da administração pública e à tributação de materiais e equipamentos hospitalares necessários, além das medidas voltadas ao setor econômico (de proteção e auxílio às empresas) (KOGA et.al., 2020; PORTAL G1, 2020b).

Listam-se algumas normativas publicadas pelo Poder Executivo no mês de março de 2020 voltadas ao enfrentamento da pandemia no Brasil:

Quadro 2: Normativas editadas pelo Poder Executivo Federal em março de 2020

Portaria n. 356	Dispunha sobre a regulamentação e operacionalização da Lei n. 13.979/2020.
Medida Provisória n. 924	Disponibilizou crédito extraordinário em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde.
Decreto n. 10.277	Instituiu o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19.
Resolução n. 351 e n. 352	Dispõem sobre a autorização prévia para fins de exportação de cloroquina, hidroxcloroquina e produtos sujeitos à vigilância sanitária destinados ao combate da COVID-19.
Decreto Legislativo n. 454	Declaração do estado de transmissão comunitária em território nacional do coronavírus.
Decreto n. 926	Dispõe sobre o procedimento de aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da

	pandemia da COVID-19.
Decretos n. 10.282 e n. 10.292	Definem os serviços públicos e atividades essenciais na pandemia da COVID-19.
Medida Provisória n. 927 e n. 928	Dispõem sobre medidas trabalhistas para enfretamento do estado de calamidade advindo da pandemia da COVID-19.

Fonte: BRASIL, 2021c

Destaca-se que, nesse momento inicial, o Ministério da Saúde (MS) adotou as orientações dadas pela OMS quanto ao planejamento e articulação das políticas de enfretamento à pandemia. Quanto a essa questão, Pêgo et al (2021, p. 7) destaca a conduta adotada pelo ministério:

[...] i) a total transparência das ações e de seu planejamento, mediante entrevistas coletivas diárias e boletins epidemiológicos; ii) a concretização de ações compartilhadas entre as instâncias federal e estaduais, em uma parceria entre as secretarias de saúde de todos os entes federados, nos estágios de planejamento, provisão de infraestrutura, capacitação, pesquisa e implementação de protocolos e conscientização para a prevenção, a detecção e o tratamento da doença; iii) articulação técnica, administrativa e política para a obtenção de recursos e materiais para a concretização das ações; e iv) a busca pelo uso pleno da estrutura existente e o fortalecimento da rede Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a ampla abrangência e capilaridade deste sistema como estratégia fundamental.

Naquele momento, o número de casos da doença ainda não era tão expressivo, tendo em vista que as medidas de isolamento e distanciamento social implementadas pelos Estados e Municípios iniciaram – em maior ou menor grau – antes que pudessem ser sentidos os efeitos da doença na saúde pública. No entanto, em cidades litorâneas, como São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Recife, a transmissão e o número de mortos começaram a se tornar uma preocupação, considerando que o SUS poderia colapsar diante da demanda em saúde que estava se avistando (SCHAEFER et al, 2020; MORAES, 2021).

É necessário ressaltar que, antes da pandemia, o SUS já possuía muitas carências de pessoal, estrutura, material, organização etc., que limitavam em grande medida a prestação da saúde de modo universal e igualitário à população do Brasil. Mesmo na região mais desenvolvida do país, o sistema estava aquém do mínimo e não tinha aptidão para abarcar as necessidades básicas de saúde da população. Segundo estudo realizado por Rache et al. (2020, p. 3), os autores demarcam que as carências do SUS em infraestrutura e ocupação e utilização de equipamentos médicos são anteriores à pandemia e que este ambiente apenas agudizou a defasagem do sistema:

Se observarmos leitos de UTI totais, incluindo no SUS e privados, encontramos que mais de metade das regiões (279 de 436) tem menos do que

10 leitos por 100 mil habitantes. Apenas no SUS, 316 de 436 estão abaixo do mínimo, ou 72% das regiões, o que corresponde a 56% da população brasileira total e 61% da população sem cobertura de planos privados de saúde. Ou seja, estas regiões encontram-se já abaixo do mínimo em um ano típico, sem a influência da COVID-19. No setor privado, 224 regiões apresentam números abaixo de 10 por 100 mil beneficiários, representando 11,2% da população beneficiária.

Das 316 regiões de saúde com número de leitos de UTI pelo SUS abaixo do mínimo, 142 regiões não possuem leito algum. Em termos populacionais, isto significa que 14,9% da população exclusivamente dependente do SUS não contam com leitos de UTI na região em que residem. [...]

Somente atendem o requisito mínimo de 10 leitos de UTI por 100 mil usuários 9,8% das regiões de saúde no Norte, 10,3% no Centro-Oeste, 12,0% no Nordeste, 35,0% no Sul e 48,4% no Sudeste. Em termos de suas respectivas populações atendidas unicamente pelo SUS, estes percentuais.

Entre os meses de abril e junho de 2020, em que se estabeleceu a primeira onda de contaminação do vírus no país, o Poder Executivo Federal atuou em diversas frentes por meio dos seus Ministérios, promovendo medidas sanitárias, econômicas, sociais, de emprego e renda e de infraestrutura. Destacam-se algumas: 1) distribuição de 500 (quinhentos) mil kits de testagem aos Estados da Federação, para atender aos profissionais que atuam nos serviços de saúde do país, além de agentes de segurança; 2) publicação do Decreto n. 10.302/2020, que reduziu a zero as alíquotas de impostos sobre produtos industrializados (IPI) de artigos de laboratório e farmácia, luvas e termômetros, até 30 de setembro; 3) início da campanha de vacinação contra a influenza; 4) repasse de R\$ 35 (trinta e cinco) milhões de reais para a compra de alimento de povos indígenas, considerando se tratar de uma população em situação de vulnerabilidade em relação à segurança alimentar e nutricional, principalmente durante a pandemia do novo coronavírus; 5) publicação das Medidas Provisórias n. 935 e 936/2020, instituindo o programa emergencial de manutenção do emprego e renda; 6) produção de cloroquina de 150 (cento e cinquenta) mg nos laboratórios das Forças Armadas, considerando que o MS autorizou a utilização do medicamento no tratamento de pacientes acometidos pelo coronavírus em estado grave; 7) publicação do plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus em povos indígenas, que fornece recomendações ao tratamento de povos indígenas; 8) destinação de cerca de R\$ 4 (quatro) bilhões para auxiliar pessoas idosas que vivem em instituições de acolhimento, assistência, atendimento e prestação de serviços a pessoas idosas; 9) lançamento do Plano emergencial de Contingenciamento para a COVID-19, que tinha por objetivo estabelecer normas gerais de ação para prevenção, controle e tratamento da doença; 10) abertura de crédito extraordinário de R\$ 352,8 (trezentos e cinquenta e dois vírgula oito) milhões para produção de testes rápidos e desenvolvimento de novos

exames para detecção da doença; 11) entrega de respiradores pulmonares para alguns estados da Federação, com a finalidade de reforçar o SUS; 12) a articulação entre o setor público e privado para aumentar a produção nacional de insumos e equipamentos de saúde, como aventais, álcool gel e máscaras de proteção facial; 13) habitação de 2.352 leitos de UTI em 13 estados da Federação; 14) distribuição de testes de rápidos de diagnóstico do coronavírus para o sistema penitenciário das Unidades Federativas e para o Sistema Penitenciário Federal (SPF); 15) publicação da Resolução n. 395/2020, que atualiza a lista de medicamentos que precisam de autorização prévia para fins de exportação de matéria-prima, produto semielaborado, produto a granel ou produto farmacêutico acabado destinados ao combate da Covid-19, a principal mudança é a exclusão de seis anticoagulantes da lista de medicamentos, considerando não haver indicação terapêutica desses produtos para o tratamento da doença, nem recomendação na literatura científica disponível naquele momento; 16) participação do Brasil no projeto internacional (*ACT Accelerator*) de produção de vacina, medicamentos e diagnósticos contra o coronavírus (BRASIL, 2020e; 2020f; 2020g; 2020h; 2020i; 2020j; 2020k; 2020l; 2020m; 2020n; 2020o; 2020p; 2020q; 2020r; 2020s; 2020t; 2020u; 2020v; 2020x; 2020w; 2020y; 2020z; 2020aa; 2020ab; 2020ac; 2020ad).

No entanto, é necessário destacar que, apesar do MS ter adotado uma política que buscou adequar os preceitos científicos e técnicos determinados pela OMS, o Poder Executivo, em contrapartida, enquanto responsável pela coordenação do arranjo Federal, não adotou uma estratégia sanitária como os outros países estavam realizando, a exemplo: do fechamento de escolas e locais de trabalho, medidas fiscais, medidas monetárias, fechamento de transporte público etc. (KOGA, et al, 2020). Ficou a cargo dos gestores estaduais e municipais tomar providências de distanciamento e isolamento social. Em levantamento realizado por Koga et al. (2020, p. 28), os autores apresentam que:

[...] o tempo de resposta das unidades subnacionais, em geral, foi mais rápido que do governo federal. Ao todo, vinte estados decretaram emergência ou calamidade antes do dia 20 de março 2020, portanto, antes da decretação do governo federal. Dos sete restantes, cinco o fizeram no próprio dia 20 e dois no dia 21 de março de 2020. Mesmo assim, em Pernambuco, por exemplo, outras medidas restritivas foram iniciadas em 18 de março de 2020.

Quanto à utilização de medidas restritivas à mobilidade para promoção do isolamento social, praticamente todos os estados as adotaram, a maior parte promovendo a suspensão das atividades escolares e proibindo o funcionamento de atividades comerciais que não sejam essenciais, tais como supermercados, padarias e farmácias.

Em meio a todo esse contexto, o números apontavam que o SUS iria colapsar se

medidas mais rígidas não fossem tomadas pelo Poder Público, razão pela qual Estados começaram a implementar o lockdown, tendo em vista que, a essa altura, faltavam profissionais da saúde, ventiladores pulmonares, equipamentos de proteção individual, leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e leitos para internação, medicamentos e uma sorte de instrumentos que davam suporte para que hospitais, unidades de pronto atendimento (UPAs) e postos de saúde continuassem recebendo e tratando pacientes (OLIVEIRA, 2020; MOTA, 2020).

Nesse mesmo período, nota-se o início de uma desestruturação na coordenação das políticas de saúde a serem implementadas pelo Poder Executivo Federal (KOGA et al., 2021), que estão relacionadas com alguns acontecimentos listados abaixo: 1) o estudo preliminar sobre a utilização da cloroquina em pacientes é interrompido após morte de alguns, que receberam altas doses da medicação, sendo desnecessário a produção do medicamento pelo Exército do Brasil; 2) o Ministro da Saúde, Luis Henrique Mandetta, é demitido pelo Presidente Jair Bolsonaro, em 16 de abril, após conflitos de opiniões acerca da utilização da cloroquina e do isolamento social vertical; 3) o novo Ministro da Saúde, Nelson Teich, toma posse do cargo em 17 de abril, mas deixa-o em 15 de maio, antes de completar 01 (um) mês, em razão de discordâncias com o Presidente Jair Bolsonaro acerca do uso da cloroquina no SUS, da ampliação das atividades essenciais e do plano de saída do isolamento social; 4) ocorre a nomeação do Ministro da Saúde interino, Eduardo Pazuello, em 16 de maio e que alterou o protocolo do MS para sugerir o uso de cloroquina a pacientes do SUS; 5) Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao MS, publicou a recomendação n. 42, em 22 de maio, recomendando a suspensão imediata das orientações do MS para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, como ação de enfrentamento relacionada a pandemia do coronavírus (FALCÃO; VIVAS, 2020; HOWARD, 2020; ANDRADE, 2020; FARFAN, 2020; CERIONI; ARANHA, 2020; BRASIL, 2020a).

Ou seja, as estruturas internas do Poder Executivo estavam conflitando acerca de quais medidas seriam adotadas no combate à pandemia e isso demonstra desestruturação entre os Entes da Federação. Estados determinavam lockdown, mas os Municípios localizados nesses Estados não reconheciam a medida. Tratava-se de uma situação que poderia gerar desconfiança social quanto a real função dos Poderes (KOGA et al., 2020).

Entre os meses de julho e setembro, o Poder Executivo Federal promoveu as

seguintes medidas contra a pandemia: 1) concedeu R\$ 45,5 milhões para 90 projetos de pesquisas que tinham por enfoque o enfretamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias; 2) destinação de R\$ 200 milhões para investimentos a serem aplicados na infraestrutura e tecnologia das Universidades Federais, notadamente, na segurança, em mecanismos para redução de despesas, e na tecnologia de comunicação e informação; 3) publicação do Decreto n. 10.407/20, que regulamenta alguns pontos da Lei n.13.993/20, a fim de possibilitar a autorização excepcional de exportação de produtos hospitalares e listar quais produtos não são abarcados pelo Decreto; 4) contratação de mais profissionais da saúde para reforçar o atendimento nos postos de saúde de 2.127 municípios e 21 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); 5) destinação de R\$ 160 milhões para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por meio da Lei n. 14.018/2020; 6) compra de 54.9867 unidades de medicamentos usados no auxílio da intubação de pacientes em UTI, que se encontravam em estado grave ou gravíssimo em decorrência da COVID-19 para intubação; 7) entrega de 806 mil unidades de medicamentos utilizados para intubação à diversas unidades da Federação; 8) zerou o imposto de importação de 38 produtos entre medicamentos e máquinas para produção de máscaras descartáveis de proteção respiratória triplas, no total, medicamentos como *zolgensma*, ivermectina, fondaparinux, varfarina, nitazoxanida, edoxabana e rivaroxabana foram inclusos da lista; 9) destinação de R\$ 120 milhões para aquisição de equipamentos para melhora da infraestrutura dos Laboratórios Centrais da Saúde Pública (LACEN) dos Estados e do DF; 10) aceite da proposta de acordo de cooperação no desenvolvimento tecnológico e acesso do Brasil à vacina AstraZeneca para a COVID-19; 11) criação do aplicativo Coronavírus-SUS com a finalidade era alertar, por meio do celular, os contatos de pessoas que testaram positivo para COVID-19; 12) assinatura do documento que dará base para o acordo entre os laboratórios da Fiocruz e AstraZeneca sobre a transferência de tecnologia e produção de 100 milhões de doses da vacina contra a COVID-19, caso comprovada sua eficácia e segurança; 13) ampliação dos serviços de teleconsulta psicológica e psiquiátrica aos profissionais de saúde do SUS, por meio do Projeto TelePSI; 14) estabelecimento de acordo, por meio do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para enviar 61,2 mil medicamentos anestésicos para intubação a estados com estoques próximos ao colapso (Santa Catarina, Paraná, Amapá, Tocantins, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte); 15) iniciou os testes da vacina contra a COVID-19 em profissionais da saúde que se voluntariaram

para a realização dessa etapa do estudo, no Hospital de Brasília (HUB-UnB) e no Complexo Hospital das Clínicas (CHC-UFPR); 16) investimento de R\$ 9 milhões na produção nacional de vacinas contra a COVID-19, sendo este valor destinado ao apoio de dois projetos que já apresentavam resultados iniciais promissores e se encontravam em início da fase pré-clínica; 17) início das operações da Unidade de Apoio ao Diagnóstico da COVID-19, da Fiocruz, no Rio de Janeiro, com capacidade para processar até 15 mil testes por dia, após custeio do Ministério da Saúde; 18) alteração, por meio da ANVISA, do protocolo de pesquisa da vacina de Oxford (AstraZeneca) contra a COVID-19, que inclui a administração de uma dose de reforço para os voluntários que estão participando do estudo; 19) conclusão do Plano de Enfretamento e Monitoramento à COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros, com o apoio da Fiocruz e da Associação de Saúde Coletiva (Abrasco) e representantes dos povos indígenas; 20) liberação de R\$ 331,4 milhões para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de Estados e Municípios e do DF para aumentar a capacidade de assistência às familiares e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social em razão da pandemia; 21) aprovação do ensaio clínico da vacina contra a COVID-19 após avaliação da ANVISA, desenvolvida pela farmacêutica Janssen-Cilag (Johnson-Johnson) e que contou com a participação de até 7 mil voluntários no Brasil (BRASIL, 2020ae; 2020af; 2020ag; 2020ah; 2020ai; 2020aj; 2020ak; 2020al; 2020am; 2020an; 2020ao; 2020ap; 2020aq; 2020ar; 2020as; 2020at; 2020au; 2020av; 2020aw; 2020ax; 2020ay; 2020az; 2020ba; 2020bb; 2020bc; 2020bd).

Ressalta-se que muitas medidas adotadas pelo Executivo Federal durante o ano de 2020 tiveram por finalidade o enfretamento da pandemia não apenas no seu aspecto sanitário, mas também econômico, numa proposta de retomar o desenvolvimento econômico nacional de modo sustentável, a exemplo destas: criação do auxílio emergencial passa pessoas em situação de vulnerabilidade, ampliação do programa bolsa família, ofereceu benefício emergencial de manutenção do emprego e da renda, forneceu auxílio financeiro a Estados, Municípios e DF, concedeu medida de financiamento a empresa para pagamento de folha salarial, entre outras medidas (PÊGO et al, 2020).

Entre os meses de outubro e dezembro, o Poder Executivo Federal promoveu as seguintes medidas no enfretamento à pandemia: 1) início de ensaios clínicos com a vacina BCG para prevenção da COVID-19, sendo esta uma iniciativa da RedeVírus MCTI do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) e ampliação das

instalações do laboratório de campanha para testes diagnósticos no campus da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 2) publicação do Decreto 10.503/2020 que garantia a prorrogação da alíquota zero de IPI para produtos médico-hospitalares até 31 de dezembro de 2020; 3) atendimento médico, insumos e testes para comunidades indígenas que vivem nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) Yanomami e Leste de Roraima; 4) lançamento do programa Vigiar SUS, que é uma rede nacional de vigilância decorrente da COVID-19; 5) lançamento do projeto Reabilitação COVID-19, programa executado pelo Hospital Sírio-Libanês com o apoio do Ministério da Saúde e destinado a fornecer apoio a hospitais da rede pública na recuperação de pacientes após a infecção do vírus; 6) publicação da Lei 14.078/2020, que autoriza a doação de R\$ 8,5 milhões à Aliança Global para Vacinas e Imunização (Gavi); 7) investiu 59 milhões para fortalecer o Programa Nacional de Imunização (PNI) do SUS; 8) investiu R\$ 280 milhões para a qualificação de aproximadamente 380 mil Agentes de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde, a qualidade e a resolutividade dos serviços da Atenção Primária; 9) investiu R\$ 99 milhões para ampliar o atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial com o objetivo de fortalecer as ações de saúde mental ofertadas durante a pandemia da COVID-19; 10) repassou R\$ 19,3 milhões para os Estados e DF pelo Ministério da Saúde para melhoria dos serviços farmacêuticos do SUS; 11) lançou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 onde definiu a estratégia de vacinação da população contra a COVID-19 como grupos prioritários, eixos estratégicos do plano operacional, expectativas de prazos, investimento na rede de frio para armazenamento das doses, processos de aquisição de agulhas e seringas para atendimento da demanda e as fases da vacinação dos grupos prioritários; 12) edição da MP n. 1.015/2020 que destinou R\$ 20 bilhões para financiar despesas relacionadas ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19; 13) por meio do Ministério da Saúde, firmou-se o acordo com a Associação das Empresas Aéreas (Abeaer) para o transporte gratuito das vacinas e insumos para o Governo Federal; 14) prorrogação da Resolução n. 17/2020 que reduziu a alíquota do IPI para produtos considerados essenciais ao enfrentamento da pandemia (BRASIL, 2020be; 2020bf; 2020bg. 2020bh; 2020bi; 2020bj; 2020bk; 2020bl; 2020bm; 2020bn; 2020bo; 2020bp; 2020bq; 2020br).

De acordo com o Ministério da Economia, o Poder Executivo Federal investiu cerca de R\$ 620,5 bilhões em medidas de enfrentamento à pandemia, que inclui políticas

de saúde, econômicas, etc. No detalhamento das despesas, o Ministério informou o seguinte quanto ao impacto da pandemia no orçamento nacional (BRASIL, 2020bs, não paginado):

O impacto das medidas de enfrentamento à pandemia no resultado primário em 2020 é decorrente de redução de arrecadação no montante de R\$ 26,5 bilhões e de elevação de despesas que somaram R\$ 594,2 bilhões. As despesas em execução orçamentária atingem R\$ 590,1 bilhões e as despesas sem dotação orçamentária, R\$ 4,2 bilhões. As maiores despesas em execução orçamentária se referem ao Auxílio Emergencial (R\$ 321,8 bilhões), o Auxílio Emergencial Federativo (R\$ 60,2 bilhões), o Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (R\$ 51,5 bilhões), o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe) (R\$ 27,9 bilhões), o Programa Emergencial de Acesso a Crédito (R\$ 20 bilhões), o Programa Nacional de Imunização da População Brasileira contra o Coronavírus (R\$ 20 bilhões), o Auxílio a Estados e Municípios/Compensação FPE – Fundo de Participação dos Estados e FPM – Fundo de Participação dos Municípios (R\$ 16 bilhões), transferências adicionais a estados, municípios e DF para financiamento de ações de saúde (R\$ 10 bilhões) e o Programa Emergencial de Acesso a Crédito (Peac) – Maquininhas (R\$ 10 bilhões).

Na estruturação de políticas públicas de enfrentamento à pandemia, nota-se que o Poder Executivo Federal, em grande medida, adotou um postura reticente quanto ao isolamento social e a quarentena, que são medidas não farmacológicas confirmadas cientificamente, sendo esta situação corroborada pela postura de alguns membros do Poder Executivo. Na realidade, tinha-se um pêndulo a ser equilibrado, em que de um lado estava a saúde da população e do outro estava a economia, o turismo, a indústria e todo o conjunto que permite o desenvolvimento do país.

4.2.2 Poder Legislativo Federal

No Brasil, o Congresso Nacional é composto pela Câmara dos Deputados e Senado Federal, integrados respectivamente por Deputados e Senadores. No sistema bicameral adotado no Brasil não há predominância de uma câmara sobre a outra. Porém, formalmente, a Câmara dos Deputados goza de certa primazia quanto à iniciativa legislativa, pois é perante ela que o Presidente da República, o STF, os Tribunais Superiores e os cidadãos promovem a iniciação do projeto de elaboração das leis (arts. 61, §2º e 64, CF de 1988) (BRASIL, 1988).

Em matéria de direito sanitário, os padrões internacionais aplicáveis estão disciplinados no RSI, que autoriza o poder público nacional a adotar, em situações de emergência, como é o caso da pandemia do novo coronavírus, medidas de limitação de direitos individuais, como restrição de trânsito e transporte de pessoas e mercadorias,

quarentena e isolamento social, proibição de eventos públicos, vacinação e outros procedimentos médicos (ROMERO; DELDUQUE, 2017).

Nessa perspectiva, a autoridade sanitária e o gestor do sistema público de saúde dependem do legislador, tendo em vista que, sem o respaldo normativo para sua atuação, tornam-se reféns de situações que podem se tornar incontroláveis, especialmente quando sua intervenção se revela urgente, como é o caso das pandemias e epidemias. Por essa razão, para que o poder público possa lidar com os entraves da saúde coletiva, é necessário poder contar com o aparato normativo produzido pelo Poder Legislativo (ROMERO; DELDUQUE, 2017).

No caso do Brasil, para que a União, Estados, DF e Municípios pudessem atuar no seu conjunto de competências administrativas em matéria sanitária, o Poder Legislativo Federal atuou de forma incomum na produção de normas que lastreassem a conduta do poder público nas medidas de enfrentamento ao novo coronavírus. Dentre as quais citam-se algumas de grande relevância:

Quadro 3: Normativas editadas pelo Poder Legislativo Federal no ano de 2020.

Lei 13.979/2020	Regulamentou as medidas de emergência de saúde pública provocada pelo novo coronavírus, como isolamento, quarentena e fechamento de portos, rodovias e aeroportos.
Decreto Legislativo n. 6/2020	Reconhece o estado de calamidade pública em razão da pandemia do coronavírus. O texto permite que o Governo Federal gaste mais do que o previsto e desobedeça às metas fiscais para custear ações de combate à pandemia.
Lei Complementar 172/2020	Permite a estados e municípios usar saldos de repasses do Ministério da Saúde de anos anteriores em serviços de saúde diversos dos previstos originalmente, como o combate à pandemia de coronavírus.
Lei 13.993/2020	Proíbe a exportação de equipamentos de proteção individual e de respiradores durante a pandemia de coronavírus.
Lei 13.987/2020	Estabelece a distribuição dos alimentos da merenda escolar às famílias dos estudantes que tiveram suspensas as aulas na rede pública de educação básica devido à pandemia do coronavírus.
Lei 13.982/2020	Cria o auxílio emergencial de R\$ 600,00 para trabalhadores informais de baixa renda, a ser concedido durante a pandemia do novo coronavírus por 3 (três) meses.
Lei 13.989/2020	Libera o uso da telemedicina (atendimento de pacientes a distancia, por meio de recursos tecnológicos) durante a pandemia de coronavírus no Brasil.

Lei Complementar 173/2020	Estabelece o Programa Federativo de enfrentamento ao coronavírus SARS-CoV-2
Emenda Constitucional 106/2020	Simplifica os gastos do Governo Federal para o combate à pandemia de coronavírus. Permite processos mais rápidos para compras, obras e contratações de pessoa temporário e serviços.
Lei 14.008/2020	Destina R\$ 394 mil para a Função Oswaldo Cruz (Fiocruz) auxiliar no aumento da capacidade de oferecer testes diagnósticos, produção de medicamentos, bem como estruturação e operacionalização de centrais analíticas para diagnóstico da COVID-19.
Lei 14.023/2020	Dá prioridade nos testes diagnósticos de coronavírus aos profissionais essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública que tenham contato direto com pessoas e materiais contaminados.
Decreto 10.412/2020	Prorroga o período de pagamento do auxílio emergencial de que trata a Lei 13.982/2020.
Lei 14.035/2020	Flexibiliza as regras de licitações enquanto durar a emergência de saúde da pandemia da COVID-19.
Lei 14.019/2020	Torna obrigatório o uso de máscaras de proteção que cubram a boca e o nariz em ambientes públicos e privados acessíveis ao público em todo o país.
Lei 14.021/2020	Determina ações para combater o avanço da COVID-19 entre indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais.
Lei 14.020/2020	Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública.
Lei 14.023/2020	Determina a adoção de medidas imediatas que preservem a vida e saúde de todos os profissionais considerados essenciais ao controle da doença e manutenção da ordem pública, sendo assim, os profissionais deverão receber de seus empregadores EPIs e realizar prioritariamente teste de diagnóstico
Lei 14.055/2020	Destina crédito extraordinário de cerca de R\$ 5,566 bilhões para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, sendo R\$ 4,853 bilhões destinados ao Fundo Nacional de Saúde e R\$ 713,2 milhões para a Função Oswaldo Cruz.
Lei 14.056/2020	Destina crédito extraordinário de R\$ 10 bilhões ao Fundo Nacional de saúde, que deve repassá-los aos fundos de saúde dos estados, do DF e dos municípios para ações relacionadas ao combate da pandemia da COVID-19.
Lei 14.067/2020	Abriu crédito extraordinário de R\$ 4,49 bilhões ao ministério da Saúde para ações de combate à pandemia de coronavírus.
Lei 14.072/2020	Autorizou o Ministério da Saúde a prorrogar contratos de trabalho de 3.592 profissionais temporários de saúde

	que atuam nos seis hospitais federais localizados no Rio de Janeiro.
Lei 14.082/2020	Destina crédito especial de R\$ 7,8 milhões para cobrir despesas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). O dinheiro vai permitir o pagamento de requisições de pequeno valor expedidas pelos dois órgãos, levando-se em conta o reconhecimento da ocorrência do estado de calamidade pública, com efeitos até 31 de dezembro de 2020.

Fonte: ACCIOLY; BAPTISTA (2020); AGÊNCIA SENADO, 2021.

Em uma análise acerca da atuação do Poder Legislativo Federal durante a pandemia, Almeida (2020) destaca que o Congresso Nacional assumiu um papel de protagonista, sendo este resultado da própria configuração política atual, em que o Presidente da República está distante da maioria parlamentar. Nesse cenário, enquanto o Presidente apresentava medidas de enfrentamento à pandemia que, em certo grau, eram conflitantes com as disposições da OMS, as lideranças parlamentares apresentavam contundente capacidade de articulação e cooperação, aprovando um série de medidas alinhadas a tais recomendações.

4.3. STF e as demandas do controle concentrado de constitucionalidade relacionadas à pandemia da COVID-19 no ano de 2020

Como mencionado anteriormente, o sistema de controle de constitucionalidade no Brasil é misto, eclético ou híbrido, adotando características do sistema americano e europeu. E, especialmente quanto ao controle concentrado, advindo da vertente europeia, a CF de 1988 outorgou ao STF a competência originária de processar e julgar a ADI em face de lei ou ato normativo federal ou estadual, a ADC em face de lei ou ato normativo federal (art. 102, I) e a ADPF (BRASIL, 1988).

Durante o ano de 2020, muitas ações do controle concentrado foram protocoladas no STF para discutir temáticas diversas, dentre as quais a pandemia do novo coronavírus ocupou significativo espaço na pauta da Corte. Em levantamento realizado pelo STF acerca do número de processos julgados, o resultado apresentado é que a Corte julgou pelo menos 46 (quarenta e seis) assuntos econômicos e sanitários relevantes, promovendo a discussão acerca da garantia dos direitos essenciais à sociedade. No entanto, ressaltou que mais de 9 (nove) mil decisões e despachos em

cerca de 7 (sete) mil processos relacionados à doença foram proferidos em 2020 (BRASIL, 2021b).

Segundo o STF, todas as decisões relacionadas à pandemia foram orientadas pela necessidade de mitigar os impactos econômicos gerados pela situação de calamidade pública, a exemplo da decisão que flexibilizou regras trabalhistas em prol de manter empregos. Abaixo, listam-se as principais temáticas discutidas pelo STF quanto a pandemia do novo coronavírus no ano de 2020:

1) Responsabilidade e competência dos Entes Federados para executar medidas sanitárias, epidemiológicas e administrativas relacionadas ao combate do novo coronavírus. Um dos casos emblemáticos analisados pelo STF em maio de 2020 tratou sobre a competência concorrente da União, Estados, DF e Municípios para realizar ações de mitigação dos impactos da pandemia. Na ADI 6341, o Plenário da Corte decidiu que Estados e Municípios, no âmbito de suas competências, poderiam adotar medidas de restrição à locomoção, sendo dispensada a autorização do Ministério da Saúde para a decretação de isolamento social, quarentena e outras providências sanitárias (BRASIL, 2021b).

Outra decisão nesse sentido também foi proferida na ADPF 672, onde o Plenário da Corte determinou a competência da União para decretar medidas de combate à pandemia no âmbito de suas atribuições, quando houvesse interesse nacional.

2) Pautas Econômicas. Em maio, o Plenário referendou a medida cautelar na ADI 6357 para afastar as exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar 101/2000) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO – Lei 13.898/2019) relativas à adequação e compensação orçamentária de políticas públicas destinadas à pandemia do novo coronavírus. Na oportunidade, a Corte teve como fundamento a manutenção da vida, da saúde e a garantia do mínimo necessário para a subsistência (BRASIL, 2021b).

Na ADI 6362, o STF delimitou que as requisições administrativas de bens e serviços realizados por Estados, Municípios e pelo DF para combate ao coronavírus, não dependeriam de prévia análise e autorização do Ministério da Saúde, no entanto, deveriam estar fundamentadas em evidências científicas e devidamente motivadas.

Nas ADIS 6342, 6344, 6346, 6348, 6352 e 6354, o STF decidiu acerca de questões trabalhistas. Nestas, a Corte suspendeu dispositivos da Medida Provisória (MP) 927/2020 que autorizavam empregadores a adotarem medidas excepcionais em razão da pandemia sob o fundamento de que a legislação afrontava direitos

fundamentais dos trabalhadores, como a proibição de despedida arbitrária ou sem justa causa (BRASIL, 2021b).

Na ADI 6394, o STF negou pedido do Governador do Acre para afastar as limitações previstas pela LRF para as despesas com pessoal em relação aos servidores da área da saúde em razão da pandemia. Na decisão, o Plenário da Corte fundamentou que a Emenda Constitucional (EC) 106/2020 permite a adoção de um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações que tenham por enfoque medidas de enfrentamento à pandemia (BRASIL, 2020b).

3) Saúde de Povos Indígenas. Na ADPF 709, o Plenário da Corte se manifestou quanto às medidas sanitárias implementadas pelo Governo Federal quanto aos indígenas. Na decisão, o STF compeliu o governo à formular um Plano de Barreiras Sanitárias para conter o contágio e a mortalidade por Covid-19 entre os povos indígenas. Na oportunidade, medidas para a contenção de invasores em reservas, para a criação de barreiras sanitárias para grupos em isolamento ou contato recente e acesso de todos os indígenas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) também foram determinadas pela Corte contra o Governo Federal (BRASIL, 2021b).

4) Vacinação. Dentre as diversas decisões proferidas pelo STF em matéria de saúde pública e sanitária, certamente a discussão acerca da vacinação da população é uma que demonstrou a participação da Corte em matérias políticas. Nas ADIs 6586 e 6587, o Plenário da Corte discutiu acerca da obrigatoriedade e compulsoriedade da vacinação das pessoas. Na decisão, determinou que os Estados podem estabelecer a compulsoriedade da vacinação contra a Covid-19 e impor aos cidadãos que recusarem a imunização as medidas restritivas previstas em lei, como multa, impedimento de frequentar determinados lugares ou de realizar matrícula em escolas. Ficou decidido que a imunização à força, tal como ocorreu na Revolta da Vacina, é proibida (BRASIL, 2021b).

5) Divulgação diária dos dados da COVID-19 pelo Ministério da Saúde. Nas ADPFs 692, 691 e 690, o STF discutiu acerca da publicação dos dados da COVID-19 pelo Ministério da Saúde e determinou que o órgão mantivesse, em sua integralidade, a divulgação dos dados, inclusive no site do órgão e com os números acumulados de ocorrências. Além disso, a decisão determinou que o DF se abstinhasse de utilizar nova metodologia de contabilidade dos casos e dos óbitos por coronavírus.

Segundo o Ministro Alexandre de Moraes, a abrupta interrupção da coleta e da divulgação de importantes dados epidemiológicos ofende o acesso à informação, os

princípios da publicidade e da transparência da administração pública e o direito à saúde (BRASIL, 2021d).

6) Responsabilização dos agentes públicos durante a pandemia da COVID-19. Nas ADIs 6431, 6428, 6427, 6425, 6424, 6422 e 6421, o STF se pronunciou acerca da interpretação da MP 966/2020, disciplinando que os agentes públicos deverão observar o princípio da autocontenção no caso de dúvida sobre a eficácia ou o benefício das medidas a sempre implementadas contra a pandemia. Na decisão, a Corte menciona que os agentes públicos deverão implementar medidas com base em opiniões técnicas, com parâmetros, vale dizer com critérios científicos e precaução (BRASIL, 2020bs).

É interessante destacar que por meio de outras ações, como a Ação Civil Originária (ACO) e o Recurso Extraordinário (RE), a Corte também se manifestou acerca de questões relacionadas à pandemia, no entanto, em razão da presente pesquisa ter por enfoque as ações do controle concentrado, essas outras ações não foram mencionadas no presente tópico.

5 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS DECISÕES DO CONTROLE CONCENTRADO DE CONSTITUCIONALIDADE PROFERIDAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NO ANO DE 2020 RELACIONADAS À PANDEMIA DA COVID-19

Nos capítulos anteriores, apresentou-se que saúde adquiriu o status de direito fundamental na CF de 1988 e que deve ser promovida pelo pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Também, apresentou-se que a judicialização da política é um fenômeno crescente nas democracias contemporâneas e que, no Brasil, em razão da sua estrutura organizacional e do modelo de controle de constitucionalidade adotado (concentrado e difuso), constantemente condiciona que o Poder Judiciário solucione demandas cujo conteúdo é essencialmente político. Também, discorreu-se acerca da pandemia da COVID-19 no ano de 2020 e de que forma as instituições internacionais, como a OMS, atuou no combate à doença. De igual modo, discorreu-se acerca da atuação do Poder Executivo e Legislativo no Brasil.

No presente capítulo, analisou-se a atuação do Supremo Tribunal Federal (STF), em meio à pandemia da COVID-19, a fim de que se possa inferir como esta instituição se posicionou diante da atuação dos Poderes Executivo e Legislativo Federal, no combate ao coronavírus e de que forma suas decisões influenciaram na sociedade brasileira.

Para tanto, analisaram-se o conteúdo das decisões proferidas pelo STF no ano de 2020, em sede de controle concentrado de constitucionalidade, que estão relacionadas com a pandemia da COVID-19, tendo por finalidade responder o seguinte questionamento: a partir do contexto da COVID-19 no ano de 2020, quais inferências podem ser realizadas quanto ao posicionamento do STF, a partir das decisões proferidas nas ações do controle concentrado de constitucionalidade, movidas em face dos atos do Poder Executivo e Legislativo Federal?

Em busca de responder ao questionamento levantado, utilizou-se a análise de conteúdo enquanto método de procedimento, a fim de se pudesse extrair a partir da mensagem emitida pelo STF (decisões do controle concentrado) o conteúdo que nela está contido (de modo expresso ou implícito), na busca de se estabelecer os elementos significantes nelas contidos, os enunciados da comunicação e, então, realizar as inferências quanto ao conteúdo encontrado.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo surgiu no início do século XX, num cenário que predominava a ideia de que a conduta dos indivíduos seria observável,

mensurável e controlável, assim como os eventos nas ciências naturais e exatas. Inicialmente, a análise de conteúdo era utilizada apenas em pesquisas quantitativas, porém, ainda na década de 1970, com a expansão da informática e o avanço da técnica, análise de conteúdo é utilizada para pesquisa qualitativas. Nas palavras da autora, a análise de conteúdo pode ser compreendido como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indiciadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p.44).

Enquanto método de análise das comunicações, a análise de conteúdo possui um vasto campo de estudo a ser explorado. É possível que tudo o que é dito ou escrito esteja suscetível de ser submetido à análise de conteúdo (BARDIN, 2016). Por essa razão, é possível compatibilizar a técnica da análise de conteúdo com a presente pesquisa e seu objeto de análise (as decisões do STF nas ações do controle concentrado de constitucionalidade).

Para a presente pesquisa, cumpre destacar que foi selecionada a técnica de análise de conteúdo por categorias ou categorial, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades/categorias segundo agrupamento analógico. Entre as possibilidades de categorização, escolheu-se a análise temática, que comporta um conjunto de relações e pode ser apresentado por meio de uma palavra, frase ou resumo, sendo possível “descobrir os ‘núcleos de sentido’ que constituem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2016, p. 135).

Quanto aos dados utilizados na pesquisa, a coleta destes se iniciou em janeiro/2021 e foi concluída em fevereiro/2021. Foram coletadas as decisões proferidas pelo STF, no bojo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs), Ações Diretas de Inconstitucionalidade por Omissão (ADOs), Ações Declaratórias de Constitucionalidade (ADCs) e Arguições de Descumprimento de Preceito Federal (ADPF), durante o ano de 2020, relacionadas à pandemia da COVID-19.

Foi consultado o sítio eletrônico oficial do STF (www.stf.br) e o seu acervo de jurisprudência, de forma a serem colhidos os acórdãos, em seu inteiro teor, das ações do Controle Concentrado de Constitucionalidade relacionadas à pandemia da COVID-19, proferidas no ano de 2020. Também foram utilizados outros indexadores eletrônicos de jurisprudência, como o JusBrasil (www.jusbrasil.com.br), para auxiliar na buscar por

acórdãos que não foram encontradas diretamente no sítio oficial do STF.

Quanto às decisões, optou-se por utilizar os acórdãos do STF, em seu inteiro teor, tendo em vista que se tratam da manifestação do Plenário do Tribunal quanto à matéria discutida, independente das divergências existentes entre os votos dos Ministros. Nesse sentido, tem-se que o acórdão é a expressão do posicionamento da Corte do STF quanto à demanda por ele julgada, seja ele unânime ou não.

Na coleta das ADIs, ADCs, ADOs e ADPFs no sítio eletrônico do STF, foram utilizados os seguintes descritores: pandemia; epidemia; coronavírus; COVID; COVID-19; direito à saúde; emergência sanitária; estado de calamidade pública. Como resultado das buscas, encontrou-se o seguinte quantitativo de decisões:

Quadro 4: Decisões do Controle Concentrado de Constitucionalidade julgadas pelo STF em 2020 relacionadas à pandemia da COVID-19

Espécie de Ação do Controle Concentrado de constitucionalidade	Quantitativo de Decisões
ADI	59
ADC	01
ADO	01
ADPF	21

Fonte: Site do STF.

Dentre essas decisões, foram excluídas as monocráticas, considerando que não representam o entendimento da Corte, e os agravos regimentais e embargos de declaração decididos em Plenário que não adentraram no mérito da demanda, tratando apenas de questões processuais que não influem para a compreensão da temática da presente pesquisa. Dessa forma, foram submetidas à análise de conteúdo as decisões proferidas pelo Plenário que julgaram a medida cautelar solicitada e aquelas que adentraram no mérito da demanda e que tratavam acerca das políticas públicas de saúde durante a pandemia. Como resultado das buscas, encontrou-se o seguinte quantitativo:

Quadro 5: Decisões do Controle Concentrado de Constitucionalidade julgadas pelo STF em 2020 relacionadas à pandemia da COVID-19

Espécie de Ação do Controle Concentrado de constitucionalidade	Quantitativo de Decisões
ADI	24
ADC	00
ADO	01
ADPF	08

Fonte: Site do STF.

Após apresentadas algumas considerações quanto à pesquisa, sucede discorrer

acerca do procedimento metodológico da análise de conteúdo, apresentando-se todas as etapas que foram realizadas, conforme orientações procedimentais dadas por Bardin (2016).

5.1 Procedimento metodológico da análise de conteúdo de Laurence Bardin

Bardin (2016) ressalta a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo pelo pesquisador. Para a autora, o pesquisador deve ter disciplina na utilização da técnica, sendo necessário que siga corretamente as etapas (ou fases) do procedimento, de modo a ultrapassar as incertezas e encontrar as respostas dos questionamentos formulados, sobretudo quando se trata da pesquisa qualitativa.

O procedimento da análise de conteúdo exige que o pesquisador percorra algumas fases para que seja considerada uma aplicação correta, quais sejam: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na primeira etapa (pré-análise), o pesquisador deve realizar: 1) a leitura flutuante, 2) a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, 3) formular as hipóteses e objetivos, bem como deve elaborar 4) os indicadores que fundamentem a interpretação final e 5) realizar a preparação do material. Segundo Bardin (2016, p. 126), este primeiro momento tem por finalidade organizar os passos que o pesquisador dará no caminho da pesquisa, e inicia-se com a leitura “flutuante” dos materiais, a fim de se estabelecer

[...] contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Esta fase é chamada de leitura “flutuante”, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

É no momento da leitura “flutuante” que o pesquisador se deixa invadir pelo conteúdo do material, atingindo níveis mais profundos de compreensão sobre seu objeto de pesquisa. Por meio da leitura flutuante, busca-se 1) ter uma visão de conjunto, 2) compreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado, 3) elaborar pressupostos iniciais que servirão de orientação para a análise e a interpretação do material, 4) escolher formas de classificação inicial e 5) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (GOMES, 2015).

Superada a leitura “flutuante”, passa-se a escolha dos documentos que serão analisados. Na demarcação dos documentos, é necessário ter em conta o objetivo a que

deseja a pesquisa alcançar, por essa razão, algumas regras precisam ser observadas pelo pesquisador, quais sejam: regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. A primeira (regra da exaustividade) afirma que o pesquisador, na seleção dos documentos, não pode deixar nenhum de fora, salvo se houver justificativa. A segunda (regra da representatividade) exige que o pesquisador, se for trabalhar com uma amostra, proceda a essa seleção de modo que a amostra seja uma fiel representação do todo. A terceira (regra da homogeneidade) exige que os documentos selecionados sejam homogêneos, isto é, obedeçam a critérios objetivos de escolha e não apresentem singularidade fora desses critérios. A quarta (regra da pertinência) exige que os documentos retidos sejam adequados, enquanto fonte de informação (BARDIN, 2016).

Selecionados os documentos, inicia-se a formulação das hipóteses e dos objetivos da pesquisa. Para tanto, o pesquisador formula uma afirmação provisória, a hipótese, a que se propõe confirmar ou infirmar, recorrendo aos procedimentos de análise. Trata-se de uma suposição que permeia toda a pesquisa, permanecendo em suspenso sua confirmação enquanto não submetida à prova de dados seguros. O objetivo, por sua vez, está relacionado à razão de existir a pesquisa, isto é, a finalidade a que o pesquisador se propõe alcançar com a análise dos documentos a partir da aplicação do método de análise (BARDIN, 2016).

Bardin (2016, p. 130) assevera que além da leitura “flutuante”, da seleção dos documentos e construção das hipóteses e objetivos da pesquisa, deve o pesquisador também realizar a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e preparar o material que será analisado. Em explicação acerca dos índices e indicadores, a autora discorre que

[...] o índice pode ser a menção explícita de um tema numa mensagem. Caso parta do princípio de que este tema possui tanto mais importância para o locutor quanto mais frequentemente é repetido (caso da análise sistemática quantitativa), o indicador correspondente será a frequência deste tema de maneira relativa ou absoluta, relativo a outros. [...]

Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Desde a pré-análise, devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados.

Finalmente, o último movimento que o pesquisador deve realizar antes de mergulhar na exploração do material, é o de preparação deste, que compreende na reunião de todo material para tratar as informações coletadas com vistas à preparação formalizada dos textos. Trata-se de etapa intermediária entre a pré-análise e a

exploração do material, que tem por finalidade sanear eventuais lacunas que a pesquisa possa ter a partir da incompletude do material a ser analisado (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Concluída a primeira etapa, inicia-se a exploração ou tratamento do material propriamente, que consiste na etapa de “construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas” (SILVA; FOSSÁ, 2015, p. 4).

Nas palavras de Bardin (2016, p. 133), codificar o material corresponde a um ato de “transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão [...]”. Por meio deste processo, os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades (de registro e contexto), permitindo com que o pesquisador realize uma descrição exata das características relevantes do conteúdo.

O segundo passo que o pesquisador dá no processo de exploração do material consiste na categorização, considerada como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamentos segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2016, p. 147). Sendo assim, o pesquisador realizará agrupamentos das unidades de registro considerando as características em comum desses elementos. O primeiro objetivo da categorização na análise de conteúdo é o de fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

Gomes (2015) assevera que, para que se tenha uma categorização (ou classificação) em níveis (inicial, intermediário e final), é necessário garantir que as categorias ou classes sejam homogêneas, ou seja, que tenham sido obtidas a partir do mesmo princípio orientador. Tendo em mãos esse conjunto de categorias, deve o pesquisador realizar o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação destes.

Chega-se ao último ato da aplicação do método de análise de conteúdo, a interpretação. Este último ato possibilita ao pesquisador ir além daquilo que o material consegue expressar, considerando que neste momento são discutidos os resultados da pesquisa, conduzindo, assim, a produção do conhecimento de uma área, disciplina ou de um campo de atuação (GOMES, 2015).

5.1.1 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo

Tendo por orientação as discussões que tratam sobre a temática da saúde pública, da judicialização da política e da pandemia da COVID-19 desenvolvidas nos capítulos anteriores, chegou-se ao levantamento de 32 (trinta e duas) categorias iniciais que expressam o quando atual do Brasil quanto à judicialização das políticas de saúde na pandemia da COVID-19, durante o ano de 2020. Listam-se abaixo as categorias iniciais:

Quadro 6: Lista das categorias iniciais

Categorias Iniciais
1. Saúde enquanto direito fundamental
2. Saúde enquanto dever do Estado
3. SUS enquanto resultado das propostas do Movimento da Reforma Sanitária
4. Sistema Único de Saúde
5. Universalidade e Igualdade de acesso
6. Saúde Pública enquanto modelo que prioriza o indivíduo e suas necessidades
7. Políticas de saúde preventivas, curativas e de reabilitação
8. Saúde vista a partir de um referencial médico-social
9. Participação da comunidade no SUS
10. Competência comum em matéria de saúde pública
11. Pluralidade de participação na saúde pública
12. Saúde enquanto matéria de competência comum dos entes da Federação
13. Tendência de descentralização das competências em matéria de saúde pública
14. Financiamento do SUS por meio da redistribuição de recursos e da aplicação de recursos próprios
15. Distribuição desigual de recursos em matéria sanitária
16. Poder Judiciário enquanto órgão de proteção e efetivação de direitos fundamentais
17. Popularização dos processos jurídicos nas sociedades contemporâneas
18. Judicialização da megapolítica
19. Judicialização das relações sociais
20. Judicialização vinda de baixo
21. Autoridades eleitas se omitindo e permitindo a judicialização de temas polêmicos
22. Grupos de interesse utilizando os tribunais como instrumentos de concretização de seus objetivos
23. Problemas políticos, econômicos e sociais articulados sob a forma de problemas constitucionais
24. Amplo rol de direitos fundamentais positivado nos textos constitucionais contemporâneo
25. Histórico de pandemias no mundo globalizado
26. Globalização enquanto fator de propagação das doenças
27. Isolamento social como medida capaz de combater o avanço da COVID-19
28. Danos graves à economia em razão da necessidade de restrição da circulação de pessoas
29. Falta de articulação dos entes da Federação brasileira no combate à pandemia
30. Falta de estrutura e de recursos para o SUS no combate à pandemia

31. Vacinação enquanto forma mais efetiva de combate à pandemia
32. Falta de informações quanto aos efeitos e às características do vírus quando do início da pandemia

Fonte: Própria autora

Em seguida, com a finalidade de aprimorar a análise do conteúdo das decisões do STF coletadas, realizou-se o agrupamento progressivo de tais categorias iniciais com base em conceitos norteadores, o que resultou na construção de 13 (treze) categorias intermediárias. Seguem abaixo as categorias intermediárias construídas e as referências dos conceitos que fundamentaram os agrupamentos estabelecidos:

Quadro 7: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
1. Saúde enquanto direito fundamental	Evolução e mudança de perspectiva acerca do direito à saúde a partir da CF de 1988	1. Saúde enquanto direito igualitário e universal
2. Saúde enquanto dever do Estado		
3. SUS enquanto resultado das propostas do Movimento da Reforma Sanitária		
4. Sistema Único de Saúde	SUS compreendido como um sistema que caminhou na contramão dos ideias neoliberais da década de 1990	2. O SUS enquanto expressão da busca por uma sociedade mais justa e igualitária
5. Universalidade e Igualdade de acesso		
6. Saúde Pública enquanto modelo que prioriza o indivíduo e suas necessidades		
7. Políticas de saúde preventivas, curativas e de reabilitação	Nova abordagem dos problemas de saúde, vistos sob uma perspectiva que leva em consideração práticas políticas, ideológicas e teóricas para realizar melhorias no setor da saúde	3. SUS enquanto projeto que busca a democratização da saúde
8. Saúde vista a partir de um referencial médico-social		
9. Participação da comunidade no SUS		

Fonte: Própria autora

As categorias intermediárias 1, 2 e 3 (SUS enquanto expressão de um compromisso constitucional do Poder Público em proteger e promover a saúde; O SUS enquanto expressão da busca por uma sociedade mais justa e igualitária; SUS enquanto

projeto que busca a democratização da saúde) correspondem aos ideais traçados pelo Movimento da Reforma Sanitária, após o período ditatorial, e alcançados, formalmente, pela CF de 1988, segundo Bravo (2008), Paim (2008), Escorel (2012), Ramos, Madureira e Sena (2013), Aith (2015), Asensi (2013) e Noronha, Lima e Machado (2012) e Rizzotto (2015). Nesse sentido, na CF de 1988, estruturou-se uma proposta universalista e igualitária para a saúde, sendo um direito materializado por meio do conjunto de ações e serviços de saúde do SUS.

Quadro 8: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
10. Competência comum em matéria de saúde pública	Expressão de uma estrutura constitucional de saúde pública que delimita a participação da União, do DF, dos Estados e dos Municípios na sua consecução	4. Federalismo Cooperativo Sanitário
11. Pluralidade de participação na saúde pública		
12. Saúde enquanto matéria de competência comum dos entes da Federação		
13. Tendência de descentralização das competências em matéria de saúde pública		
14. Financiamento do SUS por meio da redistribuição de recursos e da aplicação de recursos próprios	Insuficiência de recursos destinados ao SUS que permitam ao sistema assegurar direito à saúde de forma universal e igualitária	5. Subfinanciamento do SUS
15. Distribuição desigual de recursos em matéria sanitária		

Fonte: Própria autora

As categorias intermediárias 4 e 5 (Federalismo Cooperativo Sanitário; Subfinanciamento do SUS) correspondem, respectivamente: 1) ao modelo de atuação dos entes da Federação quanto à execução de tarefas em matéria de saúde pública, cuja atuação exige que todos devem colaborar para a execução de tarefas determinadas pela CF de 1988 e; 2) resultado de um conjunto de políticas fiscais e econômicas que, cada vez mais, enfraquecem o financiamento da seguridade social, em geral, e da saúde em particular. Nestas duas categorias, utilizaram-se como referencial os autores Bercovici (2016), Paim et al. (2011), Matta (2007) e Mendes e Funcia (2016).

Quadro 9: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
16. Poder Judiciário enquanto órgão de proteção e efetivação de direitos fundamentais	Promoção do acesso à justiça como meio de garantia o exercício dos direitos constitucionais	6. Poder Judiciário enquanto órgão idôneo de atender às demandas mais urgentes da sociedade
17. Popularização dos processos jurídicos nas sociedades contemporâneas		
18. Judicialização da megapolítica (política pura)	Matizes do que a doutrina compreende se tratar de processos que estão inter-relacionados e representam a disseminação de discursos, regras e processos jurídicos na esfera política, a expansão da competência dos juízes e tribunais ao decidir acerca de políticas, decisões e práticas do Estado e lidar com controvérsias políticas centrais da sociedade	7. Expansão da autoridade do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas
19. Judicialização das relações sociais		
20. Judicialização vinda de baixo		

Fonte: Própria autora

Quanto às categorias intermediárias 6 e 7 (Poder Judiciário enquanto órgão idôneo de atender às demandas mais urgentes da sociedade; Expansão da autoridade do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas), adota-se os conceitos apresentados por Hirschl (2009), Tate e Vallinder (1995), Brandão (2013) e Barroso (2012; 2016). Tais autores apresentam que o Poder Judiciário tem assumido um papel de protagonista na garantia de direitos fundamentais e que sua participação em maior escala em demandas jurídicas e políticas aflui no fenômeno da judicialização da política.

Quadro 10: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
21. Autoridades eleitas se omitindo e permitindo a judicialização de temas polêmicos	A judicialização da política como uma das manifestações da tendência de se transferir o poder das instituições representativas para os tribunais	8. Transmutação do Poder Judiciário em arena de debate político
22. Grupos de interesse utilizando os tribunais como instrumentos de concretização de seus objetivos		

23. Problemas políticos, econômicos e sociais articulados sob a forma de problemas constitucionais	Sistemas judiciais recentes adquiriram mecanismos de controle de constitucionalidade e meios diversos de proteção dos direitos fundamentais, ampliando a possibilidade de interpretação judicial sobre demandas individuais e coletivas	9. Constituições analíticas e de textura aberta como o novo paradigma do neoconstitucionalismo
24. Amplo rol de direitos fundamentais positivado nos textos constitucionais contemporâneos		

Fonte: Própria autora

Quanto as categorias intermediárias 8 e 9 (Transmutação do Poder Judiciário em arena de debate político; Constituições analíticas e de textura aberta como o novo paradigma do neoconstitucionalismo), estas foram agrupadas a partir dos conceitos apresentados pelos autores Hirschl (2009), Tate e Vallinder (1995), Barroso (2012; 2016) e Brandão (2013). Os autores apresentam que o Judiciário tem sido utilizado por grupos políticos e/ou de interesses para discutir temáticas que, em tese, deveriam ser analisadas por instituições majoritárias, sendo esta situação amparada pelas Constituições nas democracias contemporâneas.

Quadro 11: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
25. Histórico de pandemias no mundo globalizado	Maior vulnerabilidade dos organismos humanos diante da difusão dos quadros mórbidos por todas as partes do mundo	10. Inevitabilidade da ocorrência periódica de pandemias globais
26. Globalização enquanto fator de propagação das doenças		
27. Isolamento social como medida capaz de combater o avanço da COVID-19	Políticas sanitárias de enfrentamento ao coronavírus desencadeando crises econômicas	11. Necessidade de equilíbrio entre medidas de isolamento social e preservação da economia
28. Danos graves à economia em razão da necessidade de restrição da circulação de pessoas		

Fonte: Própria autora

Quanto às categorias intermediárias 10 e 11 (Inevitabilidade da ocorrência periódica de pandemias globais; Necessidade de equilíbrio entre medidas de isolamento social e preservação da economia), estas foram agrupadas a partir dos conceitos apresentados por Berlinguer (2004), Garret (1995) e Pêgo et al. (2021). Tais autores debatem que a proliferação das doenças em escala global se tornará algo cada vez mais comum, sendo indispensável que políticas sanitárias sejam desenvolvidas de modo adequado a fim de não comprometer o desenvolvimento econômico e social do país.

Quadro 12: Agrupamento das categorias iniciais

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
29. Falta de articulação dos entes da Federação brasileira no combate à pandemia	Estados e Municípios, de forma isolada, conduzindo e gerenciando medidas de enfrentamento à pandemia sem recursos suficientes para fornecer plena estrutura aos indivíduos	12. Fragilidades no desenho institucional do SUS e na articulação do Federalismo Cooperativo Sanitário nacional no combate à pandemia
30. Falta de estrutura e de recursos para o SUS no combate à pandemia		
31. Vacinação enquanto forma mais efetiva de combate à pandemia	Vacinação e mecanismos de retardamento da disseminação da doença enquanto únicos meios cientificamente comprovados de combate ao coronavírus	13. Necessidade de realização de pesquisas científicas para a compreensão da doença e para a elaboração de vacinas para sua prevenção
32. Falta de informações quanto aos efeitos e às características do vírus quando do início da pandemia		

Fonte: Própria autora

Acerca das categorias intermediárias 12 e 13 (Fragilidades no desenho institucional do SUS e na articulação federativa do Federalismo nacional no combate à pandemia; Necessidade de realização de pesquisas científicas para a compreensão da doença e para a elaboração de vacinas para sua prevenção), os autores Pêgo et al. (2021) que compreendem a vacinação como medida indispensável no enfrentamento à pandemia, haja vista a cientificidade desta medida, em meio à desarticulação dos entes da Federação em promover políticas sanitárias conjuntamente.

Listam-se, abaixo, as 13 (treze) categorias intermediárias obtidas a partir do agrupamento das 32 (trinta e duas) categorias iniciais considerando os conceitos norteadores supracitados.

Quadro 13: Lista das categorias intermediárias

Categorias Intermediárias
1. Saúde enquanto direito igualitário e universal
2. O SUS enquanto expressão da busca por uma sociedade mais justa e igualitária
3. SUS enquanto projeto que busca a democratização da saúde
4. Federalismo Cooperativo Sanitário
5. Subfinanciamento do SUS
6. Poder Judiciário enquanto órgão idôneo de atender às demandas mais urgentes da sociedade
7. Expansão da autoridade do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas
8. Transmutação do Poder Judiciário em arena de debate político
9. Constituições analíticas e de textura aberta como o novo paradigma do neoconstitucionalismo

10. Inevitabilidade da ocorrência periódica de pandemias globais
11. Necessidade de equilíbrio entre medidas de isolamento social e preservação da economia
12. Fragilidades no desenho institucional do SUS e na articulação do Federalismo Cooperativo Sanitário nacional no combate à pandemia
13. Necessidade de realização de pesquisas científicas para a compreensão da doença e para a elaboração de vacinas para sua prevenção

Fonte: Própria autora

Por fim, as 13 (treze) categorias intermediárias foram submetidas ao mesmo processo de agrupamento progressivo, sendo obtidas 5 (cinco) categorias finais. Estas foram construídas com o intuito de respaldar as interpretações e inferir os resultados, segundo Silva e Fossá (2015). Elas representam a síntese do que foi identificado no decorrer da análise dos dados de estudo como mais significativo e relevante. O quadro abaixo apresenta as categorias finais 1 e 2:

Quadro 14: Agrupamento das categorias intermediárias

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
1. Saúde enquanto direito igualitário e universal	O SUS organizado a partir de princípios constitucionais que expressam a valorização dos indivíduos nas suas necessidades individuais	1. SUS enquanto expressão do princípio da universalidade do direito à saúde
2. O SUS enquanto expressão da busca por uma sociedade mais justa e igualitária		
3. SUS enquanto projeto que busca a democratização da saúde		
4. Federalismo Cooperativo Sanitário	Fontes de financiamento da saúde pública insuficientes para sustentar a estrutura que a CF de 1988 montou para a consecução dos serviços e das ações de saúde que devem ser realizados conjuntamente pela União, Estados, DF e Municípios	2. Crise do Federalismo Cooperativo Sanitário
5. Subfinanciamento do SUS		

Fonte: Própria autora

Quanto a categoria final 1 (SUS enquanto expressão do princípio da universalidade do direito à saúde), os autores Asensi (2013), Aith (2015), Carvalho et al. (2013), Bravo (2008) e Noronha, Lima e Machado (2012), utilizam o conceito de que a saúde, enquanto direito fundamental constitucional, é uma das formas pelas quais o Brasil (leia-se, os governos em geral) expressa o compromisso de ser um Estado

Democrático de Direito.

Quanto a categoria final 2 (Crise do Federalismo Cooperativo Sanitário), os autores Bercovici (2002), Matta (2007), Mendes e Funcia (2016) e Paim et al. (2011), apontam o recolhimento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema, o que compromete significativamente a promoção de políticas de saúde pelos entes da Federação, ocasionando assim, um estado de crise sanitária.

Quadro 15: Agrupamento das categorias intermediárias

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
6. Constituições analíticas e de textura aberta como o novo paradigma do neoconstitucionalismo	A Constituição enquanto fator indutor da expansão da autoridade do Poder Judiciário	3. Judicialização da política enquanto reflexo de uma nova concepção de Constituição
7. Expansão da autoridade do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas		
8. Transmutação do Poder Judiciário em arena de debate político	Demonstração da inefetividade das instituições majoritárias para a definição da vontade da maioria e concretização do projeto constitucional	4. Crise dos órgãos majoritários no cumprimento dos direitos fundamentais
9. Poder Judiciário enquanto órgão capaz de atender às demandas mais urgentes da sociedade		

Fonte: Própria autora

As categorias finais 3 e 4 (Judicialização da política enquanto reflexo de uma nova concepção de Constituição; Crise dos órgãos majoritários no cumprimento dos direitos fundamentais) representam o que Tate (1995), Brandão (1995), Barroso (2012; 2016) e Carvalho (2004) afirmam acerca da percepção de ineficiência das instituições majoritárias, a qual está relacionada diretamente com a incapacidade destas em dar provimento às demandas sociais instituídas na Constituição, razão pela qual o Poder Judiciário tem, paulatinamente, assumido um papel significativo na concretização dos direitos fundamentais.

Quadro 16: Agrupamento das categorias intermediárias

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
10. Inevitabilidade da ocorrência periódica de pandemias globais	Classificação e análise dos instrumentos de enfrentamento à pandemia,	

11. Necessidade de equilíbrio entre medidas de isolamento social e preservação da economia	considerando os constantes ciclos de renovação do vírus	5. Desestruturação na coordenação das medidas sanitárias de combate à COVID-19 e carência de cientificidade na definição das políticas públicas de combate à pandemia
12. Fragilidades no desenho institucional do SUS e na articulação do Federalismo Cooperativo Sanitário nacional no combate à pandemia	Ciência enquanto instrumento norteador das medidas de saúde adotadas por alguns entes da Federação no enfrentamento da pandemia,	
13. Necessidade de realização de pesquisas científicas para a compreensão da doença e para a elaboração de vacinas para sua prevenção	demonstrando incongruência nas intervenções realizadas	

Fonte: Própria autora

A categoria final 5 (Desestruturação na coordenação das medidas sanitárias de combate à COVID-19 e carência de cientificidade na definição das políticas públicas de combate à pandemia) foi alcançada a partir dos conceitos adotados por Koga et al. (2020) e Pêgo et al (2021), cuja compreensão é de que, na articulação de medidas de combate ao coronavírus, é indispensável que os entes da Federação ajam em consonância com conhecimento já construído quanto ao enfrentamento de doenças virais, bem como estabeleçam medidas individualizadas e coordenadas.

Na tabela abaixo se encontram listadas as 5 (cinco) categorias finais obtidas a partir do agrupamento das categorias intermediárias e que servirão para conduzir a aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo na presente pesquisa.

Quadro 17: Lista das categorias finais

Categorias Finais
1. SUS enquanto expressão do princípio da universalidade do direito à saúde
2. Crise do Federalismo Cooperativo Sanitário
3. Judicialização da política enquanto reflexo de uma nova concepção de Constituição
4. Crise dos órgãos majoritários no cumprimento dos direitos fundamentais
5. Desestruturação na coordenação das medidas sanitárias de combate à COVID-19 e carência de cientificidade na definição das políticas públicas de combate à pandemia

Fonte: Própria autora

Diante das pesquisas e dos autores utilizados, constata-se a importância dos conteúdos contidos em tais categorias finais, de modo que deveriam ser objeto de constante debate pelas instituições políticas e jurídicas, como os Tribunais, Ministério

Público, Defensoria Pública e, especialmente, pelo STF, enquanto órgão de cúpula do Poder Judiciário, mas também pelos Poderes Executivo e Legislativo Federal.

5.2 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo

Como apresentado no tópico 5.1 do presente capítulo, a aplicação da análise de conteúdo perpassa por algumas etapas. Na presente pesquisa, inicialmente realizou-se uma leitura flutuante do material selecionado, vale dizer, do conjunto de decisões do controle concentrado de constitucionalidade julgados pelo STF no ano de 2020 e que discorram acerca de políticas públicas de saúde discutidas e implementadas pelos Poderes Executivo e Legislativo Federal. Em seguida, realizou-se a construção das categoriais iniciais, intermediárias e finais. Para tanto, foi realizada a marcação manual das palavras e das expressões que abordassem as categorias apriorísticas finais construídas, sendo contabilizada a sua frequência de aparição em cada uma das decisões do STF (BARDIN, 2016).

Ressalta-se que, para realizar a frequenciação das palavras e expressões das categoriais finais nas decisões, foi utilizada a função “localizar” do programa *Adobe Acrobat Reader* a fim de garantir que todas fossem contabilizadas. Quanto à utilização de ferramentas da informática, tal como se utilizou na presente pesquisa, Bardin (2016) afirma se tratar de uma ferramenta que é interna ao desenvolvimento da análise de conteúdo, que possibilita ao pesquisador aplicar o método com maior rapidez e rigor, visto que o computador recusa ambiguidade de palavras ou conjunto de palavras. Além disso, a autora menciona que, nos casos em que a unidade da análise é a palavra, quando a análise é complexa e comporta um grande número de variáveis a serem tratadas simultaneamente, quando o pesquisador deseja efetuar uma análise de coocorrências, etc. (BARDIN, 2016).

Na etapa de frequenciação das palavras e contextos de palavras, optou-se pela construção de tabelas com as seguintes informações: decisões do controle concentrado de constitucionalidade na vertical à esquerda e; nas colunas subsequentes, foram alocadas as categoriais finais e os resultados encontrados. Frisa-se que, em razão do número de categoriais finais (cinco, no total), realizou-se a divisão em duas tabelas apenas em razão do número de categoriais, tendo em vista que a compreensão dos resultados poderia restar comprometida caso todos fossem alocados em uma única tabela. Dessa forma, quanto às categoriais finais 1, 2 e 3 (1 – SUS enquanto expressão

do princípio da universalidade do direito à saúde; 2 – Crise do Federalismo Cooperativo Sanitário; 3 – Judicialização da política enquanto reflexo de uma nova concepção de Constituição), foram encontrados os seguintes resultados:

Quadro 18: Decisões do Supremo Tribunal Federal

Decisão do Controle Concentrado	Frequência das categorias nas decisões do STF		
	Sistema Único de Saúde e a universalidade do direito à saúde	Crise do Federalismo Cooperativo Sanitário	Judicialização da Política e uma nova concepção de Constituição
ADO 56	26	9	1
ADPF 709	141	18	13
ADPF 692 691 690	23	4	0
ADPF 672	25	97	9
ADPF 718 715 714	0	5	10
ADI 6357	22	60	4
ADI 6354 6352 6349 6348 6346 6344 6342	33	13	14
ADI 6343	37	601	7
ADI 6341	61	70	10
ADI 6431 6428 6427 6425 6424 6422 6421	13	37	15
ADI 6380	20	0	1
ADI 6377	18	1	9
ADI 6375	22	0	11
ADI 6587 6586	137	420	12
ADI 6394	10	63	0
ADI 6362	76	365	19

Fonte: Própria autora.

Quanto às categorias 4 e 5 (4 – Crise dos órgãos majoritários no cumprimento dos direitos fundamentais; 5 – Desestruturação na coordenação das medidas sanitárias

de combate à COVID-19 e carência de cientificidade na definição das políticas públicas de combate à pandemia) foram encontrados os seguintes resultados:

Quadro 19: Decisões do Supremo Tribunal Federal

Decisão do Controle Concentrado	Frequência das categorias nas decisões do STF	
	Crise dos órgãos majoritários e direitos fundamentais	Desestruturação e cientificidade das medidas sanitárias de enfrentamento ao COVID-19
ADO 56	28	12
ADPF 709	42	148
ADPF 692 691 690	1	11
ADPF 672	8	21
ADPF 718 715 714	0	30
ADI 6357	20	30
ADI 6354 6352 6349 6348 6346 6344 6342	25	39
ADI 6343	16	126
ADI 6341	18	129
ADI 6431 6428 6427 6425 6424 6422 6421	45	96
ADI 6380	5	9
ADI 6377	13	9
ADI 6375	10	9
ADI 6587 6586	19	771
ADI 6394	0	9
ADI 6362	11	118

Fonte: Própria autora.

Após apresentados os dados acima, nos tópicos seguintes, procedeu-se à realização das inferências e interpretações tendo como base os resultados frequenciais obtidos para cada uma das categoriais utilizadas como referência para aplicação do método de análise de conteúdo das decisões do STF em matéria de saúde pública na pandemia da COVID-19.

5.3 Inferências e interpretações do conteúdo das decisões judiciais do STF coletadas no ano de 2020

Nesta última etapa da aplicação do método de análise de conteúdo é realizado o tratamento, a inferência e interpretação dos dados encontrados, que consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado, descortinando significados ali contidos. Na compreensão de Bardin (2016), esta etapa somente pode ser consolidada se houver o tratamento adequado dos dados, a partir de uma rigorosa aplicação de todas as etapas anteriores do método de análise de conteúdo.

Esta etapa de tratamento, portanto, é o ato pelo qual o pesquisador manipula os dados para inferir e para deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou o conteúdo nela contido (BARDIN, 2016). Na presente pesquisa, as inferências foram realizadas tendo por base o referencial teórico de Tate e Vallinder (1995), Hirschl (2009) e Barroso (2012), para que a judicialização da política é um fenômeno em expansão nas democracias contemporâneas que promove a resignificação da atuação do Poder Judiciário, notadamente das Cortes Constitucionais.

Quanto à primeira categoria, depreende-se que o STF reconhece a saúde enquanto direito fundamental que guarda imbricada relação com o princípio da universalidade do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana e afirma o dever do Estado em garantir o exercício do direito à saúde a todos. Nos casos em que o Estado não promover o acesso à saúde, a Corte chama para si a responsabilidade de promover a máxima efetividade dos direitos fundamentais, informando ainda que sua atuação perpassa por “respeitar, proteger e realizar os direitos fundamentais” (ADI 6343, p. 37). Destacam-se alguns trechos que expressam tal ideia:

O direito à vida e à saúde aparecem como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Nesse sentido, a Constituição Federal consagrou, nos artigos 196 e 197, a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo sua universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços de saúde (ADPF 692, p. 11)

O dever irrenunciável do Estado brasileiro de zelar pela saúde de todos aqueles sob sua jurisdição apresenta uma dimensão objetiva e institucional que se revela, no plano administrativo, pelo Sistema Único de Saúde - SUS, concebido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos, qualificada pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade em sua gestão e controle (art. 198, I, II e III, da CF) (ADI 6587, p. 36).

Quanto à segunda categoria, depreende-se que o STF tem atuado de modo

significativo como um árbitro na resolução de conflitos federativos que envolvam matérias sanitárias, conforme a CF de 1988 determina no art. 102. Em matéria de saúde pública, a Corte demonstrou significativa preocupação com a articulação das medidas sanitárias adotadas pelos entes da Federação, descrevendo a necessidade de fixar os contornos da competência que cada ente possui no âmbito do federalismo cooperativo sanitário. Por exemplo, o Min. Alexandre de Moraes na ADI 6343 ressalta em seu voto que:

Lamentavelmente, contudo, na condução dessa crise sem precedentes recentes no Brasil e no Mundo, mesmo em assuntos técnicos essenciais e de tratamento uniforme em âmbito internacional, é fato notório a grave divergência de posicionamentos entre autoridades de níveis federativos diversos e, inclusive, entre autoridades federais componentes do mesmo nível de Governo, acarretando insegurança, intranquilidade e justificado receio em toda a sociedade (ADI 6343, Voto Min. Alexandre de Moraes, p. 22).

Chama atenção que o STF alterou sua jurisprudência quanto à função dos Estados e Municípios em matéria de competências federativas. Em decisões anteriores à pandemia da COVID-19, o STF delimitava um papel de maior importância à União na saúde pública, tendo em vista esse ente seria responsável por minimizar desigualdades sociais encontradas em todo Brasil. No entanto, a partir do ano de 2020, o STF passou a reconhecer amplamente a competência concorrente de Estados e Municípios em matéria de saúde pública, sobretudo se constata a omissão por parte da União. Nesse sentido, a Corte afirmou que:

O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premiem-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios (ADI 6343, p. 37).

Quanto à terceira categoria, a literatura jurídica compreende que a judicialização da política é um fenômeno presente na jurisdição nacional, sendo reflexo da própria estrutura normativa e institucional adotada pela CF de 1988 (BARROSO, 2012). Porém, considerando os dados encontrados nessa categoria, pode-se afirmar que a judicialização da política não foi uma temática de grande aprofundamento nesses julgados do STF. Isso demonstra que a proposta de autocontenção do Poder Judiciário em detrimento dos Poderes Executivo e Legislativo ainda não é vista como um problema a ser discutido pelos Ministros do STF. Trata-se de uma questão que poucos Ministros pontuam em seus votos. Destacam-se os seguintes trechos que elucidam o afirmado:

De modo que, por ser um delicado equilíbrio normativo, tenho me imposto uma atuação autocontida, envolvendo essa matéria. Como já havia observado em votação anterior, nós estamos, Ministro Fux, diante de uma medida provisória ainda sujeita à deliberação do Congresso Nacional. Há, aqui, variáveis políticas relevantes que serão consideradas pelo Congresso, o qual poderá, eventualmente, alterar ou aperfeiçoar essas medidas. De modo que, como ainda há uma instância política de deliberação, também por essa razão, tenho me autoproposto um comportamento de autocontenção (ADI 6354, Voto Min. Luis Roberto Barroso, p. 155).

Assim, tendo em vista, de um lado, a gravidade da crise enfrentada pelo país, que não nos permite errar, e, de outro lado, as medidas aqui questionadas, amparadas por juízos de expertise técnica e sujeitas à apreciação política do legislador; bem como considerada a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre a adoção de uma postura de autocontenção em tais circunstâncias, parto do entendimento de que, por dever de cautela, o Tribunal deve ser, em princípio, deferente e interferir apenas no que for indiscutivelmente contrário à Constituição (ADI 6377, Voto Min. Luis Roberto Barroso, p. 63).

Dito isso, fica claro, a meu sentir, que vulneraria frontalmente o princípio da separação dos poderes a incursão do Judiciário numa seara de atuação, por todos os títulos, privativa do Legislativo e Executivo, substituindo-os na tomada de decisões de cunho eminentemente normativo e político-administrativo. [...]

Como se vê, a pretensão da requerente já está sendo debatida no Congresso Nacional, que é a seara adequada para contemplar aquilo que ela pretende nesta ADI, mediante alterações legislativas. Por mais esses motivos, penso que cumpre a esta Suprema Corte aguardar - exercendo a autocontenção que lhe convém nessas situações - que os representantes da soberania popular reunidos no Parlamento solucionem a questão (ADI 6362, Voto Min. Ricardo Lewandowski, p. 32).

É interessante mencionar que a judicialização da política é um fenômeno que está intimamente relacionado com os ideais do neoconstitucionalismo, vale dizer, de um novo modelo de interpretação constitucional que imprime um papel prospectivo ao Poder Judiciário na garantia e efetivação dos direitos fundamentais (BARROSO, 2012; 2016). Nesse sentido, nota-se que essa ideia está presente no conjunto de decisões analisadas conforme se depreende dos seguintes trechos:

Deveras, o formalismo jurídico e a conformidade cega com normas preexistentes – “*ruat caelum ut fiat iustitia*” (deixe os céus caírem desde que se faça justiça) – afrontam a própria sistemática constitucional, que exige uma postura de flexibilidade judicial, criatividade e adaptabilidade em cenários de crise. Nessas circunstâncias, não se deve ignorar o contexto e aplicar leis “contra ventos e marés”, mas, sim, adotar uma postura pragmática. [...]

Decerto, a preservação de direitos fundamentais reclama, por vezes, a aplicação do direito de forma menos rígida e mais atenta à conjuntura fática subjacente. O estado de crise se baseia no próprio reconhecimento da necessidade de flexibilizações da ordem jurídica em situações excepcionais, a fim de viabilizar respostas adequadas às exigências das circunstâncias (ADI 6357, Voto do Min. Luiz Fux, p. 70-71).

Especialmente em tempos de crise, como a crise sanitária instaurada pelo novo coronavírus, contata-se que a judicialização da política em meio da proposta

neoconstitucionalista instaurada pela CF de 1988, com ideais democráticos e de garantia de direitos, pode, eventualmente, dispor que o Judiciário aja de modo mais flexível quanto às vedações e sanções que deveriam ser aplicadas, a exemplo das metas fiscais, renúncias de receitas e teto de gastos que devem ser observados de modo estrito pelos entes da Federação.

Quanto à quarta categoria, nota-se que poucas vezes foram mencionados termos relacionados à crise dos órgãos majoritários e sua relação com a efetivação dos direitos fundamentais. Considerando os resultados encontrados, pode-se inferir que o STF discutiu o assunto, porém não em um número significativo das decisões coletadas. Em meio a essa questão, alguns Ministros pontuaram que o diálogo institucional seria um instrumento capaz de operar acordos entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário que permitiriam criar mecanismos de garantia dos direitos em meio a cenários de crise, a exemplo da pandemia da COVID-19. Destacam-se os votos:

A gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde, sempre com o absoluto respeito aos mecanismos constitucionais de equilíbrio institucional e manutenção da harmonia e independência entre os poderes, que devem ser cada vez mais valorizados, evitando-se o exacerbamento de quaisquer personalismos prejudiciais à condução das políticas públicas essenciais ao combate da pandemia de COVID-19 (ADPF 672, Voto Min. Alexandre de Moraes, p. 2-3).

Prosseguindo no que queria dizer, não tem como o Judiciário elaborar esses planos e dar-lhes execução, e, por essa razão, o diálogo institucional entre os Poderes Judiciário e Executivo é imperativo. Em meu caso específico, de longa data defendo em teoria e pude aplicar, na prática, a ideia de que, muitas vezes, melhor do que a ingerência direta é a instalação de um diálogo institucional em que se abra prazo para apresentação de planos e projetos e, depois, verifique-se e monitore-se o nível de satisfatoriedade e execução desses planos (ADPF 709, Voto Min. Luis Roberto Barroso, p. 22).

Quando realizada a análise da judicialização da política, afirmou-se que uma das condições facilitadoras deste fenômeno é o uso dos Tribunais por partidos políticos de oposição em momentos estratégicos (TATE, 1995; BRANDÃO, 2013). Para garantia de seus interesses, diversos partidos políticos protocolaram ações no STF a fim de que uma nova discussão acerca da matéria já superada no âmbito do Poder Legislativo ou Executivo tornasse a ser debatida pelos Ministros do STF, conduzindo, assim, à construção de uma terceira via pela qual os seus interesses pudessem ser alcançados.

Dentre as 33 (trinta e três) ações do controle concentrado analisadas na presente pesquisa, destacam-se que foram protocoladas 7 (sete) pelo partido Rede

Sustentabilidade (REDE), 2 (duas) pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), 3 (três) pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), 4 (quatro) pelo Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e 2 (duas) pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB).

É interessante que todos esses partidos são oposição ao Presidente Jair Bolsonaro no Congresso Nacional e marcham em sentido contrário aos interesses do Executivo Federal, o que denota que, de fato, os Tribunais e, nesse caso, o STF, tornaram-se uma terceira via da arena política, permitindo a rediscussão judicial de matéria já consolidada no espaço político-representativo.

Todo esse contexto corrobora a tese apresentada por Tate e Vallinder (1995) de que os Tribunais têm sido espaço de discussão política. Em meio a todas as ações analisadas na presente pesquisa, apenas 1 (uma) foi protocolada pelo Presidente da República (ADI 6357).

Quanto à quinta categoria, destaca-se que houve significativa aparição dos termos relacionados à desestruturação na coordenação de políticas sanitárias e à necessidade de cientificidade destas políticas. Na adoção de medidas sanitárias de enfrentamento à COVID-19, o STF considerou indispensável o respaldo científico para a sua seleção e adoção. É necessário mencionar que o STF manifestou que Estados e Municípios teriam autonomia para delimitar suas políticas sanitárias desde que guardassem consonância com as determinações dadas pelo Poder Executivo Federal.

Porém, o Brasil é um país cujo território é amplo demais, com diversas particularidades, povos e necessidades distintas, sendo irrealizável que uma mesma medida sanitária (como o isolamento social total e o uso de máscara de proteção) pudesse ser aplicada de modo igualitário e uniforme em todas as regiões.

Nesse momento, a partir da decisão do STF e da proposta do federalismo cooperativo sanitário, Estados, Municípios e o DF passaram a adotar medidas sanitárias regionais e locais para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Observou-se, então, a partir desse ponto, que deixou de haver uma abordagem nacional e unificada no combate à pandemia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro capítulo da presente pesquisa, constatou-se que as políticas de saúde no decorrer da história do Brasil representavam a compreensão que o Poder Público tinha acerca da saúde. No primeiro momento, a saúde é entendida como um favor (uma benesse) que o Estado concedia aos indivíduos. No segundo momento, a saúde é compreendida como um serviço destinado aos trabalhadores, que contribuíam para o desenvolvimento econômico do país. No terceiro momento, a saúde é compreendida como um direito fundamental constitucional, universal e igualitário, sendo destinado a todos os indivíduos.

Quanto a primeira compreensão da saúde, discorreu-se que ela pode ser encontrada entre Período Colonial e a Primeira República. Inicialmente, o Brasil era composto por degradados e aventureiros, razão pela qual não havia interesse do Governo Português em desenvolver políticas sanitárias na colônia. Sendo assim, a medicina que era desenvolvida advinha do conhecimento de curandeiros, parteiras e sangradores, que utilizavam plantas e ervas para o cuidado dos doentes. No entanto, por meio das atuação das Santas Casas de Misericórdia, a população também poderia ter acesso à medicina tradicional. Compreende-se, portanto, que o Estado não se responsabilizava pela saúde dos indivíduos, sendo qualquer prestação de saúde apenas uma benesse, um favor, uma caridade que o Estado disponibilizava aos indivíduos, sem qualquer garantia de sua manutenção.

Quanto a segunda compreensão da saúde, afirmou-se que em razão do cenário de recessão econômica após a I Guerra Mundial, marcado pelo desemprego, por salários reduzidos, escassez de alimentos etc., os trabalhadores passaram a reivindicar melhores condições de trabalho e acesso à saúde. Como resultado, algumas normativas foram instituídas e também criadas as Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que permitiam que empregados tivessem acesso à assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria e pensão. Compreende-se, nesse momento, que a saúde somente seria acessível àqueles que tivessem vínculo empregatício, que correspondiam a uma parcela muito pequena da sociedade.

Quanto a terceira compreensão da saúde, discorreu-se que somente na CF de 1988 a saúde é compreendida enquanto um direito fundamental de todos e dever do Estado. Esta disposição é resultado da atuação do Movimento da Reforma Sanitária, encabeçado por profissionais da saúde, partidos políticos, movimentos sociais urbanos e

populares. Para dar materialidade a essa nova forma de compreender a saúde, instituiu-se o SUS como forma de desvincular o exercício do direito a saúde da obrigatoriedade da contribuição individual. Sendo assim, demonstrou-se que somente a partir da CF de 1988 e da instituição do SUS, o Brasil passou a ter efetivamente um sistema sanitário de caráter público, universal, com foco nas medidas de caráter preventivo, financiado por recursos provenientes do orçamento da Seguridade Social e de outras fontes, democrático e guiado pela descentralização e regionalização.

No segundo capítulo, discorreu-se acerca da judicialização da política. Compreendeu-se que se trata de um fenômeno relacionado com a expansão da atuação do Poder Judiciário, principalmente nas democracias contemporâneas. Tendo como pressuposto conceitual que a judicialização representa: primeiro, o processo pelo qual magistrados e Tribunais dominam ou tendem a dominar a produção de políticas públicas; e segundo, a expansão simbólica e prática dos procedimentos tipicamente jurídicos em diversos contextos da vida política, delimitou-se que judicialização da política representa um fenômeno que caminha na fronteira entre a política e justiça.

Discorreu-se acerca da separação de poderes e do neoconstitucionalismo no contexto de expansão do Poder Judiciário. Compreendeu-se que a separação de poderes, nos moldes atuais não delimita a atuação do juiz a partir de uma simples atividade mecânica. Trata-se de uma atividade que, em razão da complexidade das demandas e da proposta de consolidação do Estado de Bem-Estar Social, por vezes, exige do magistrado a discussão acerca de outros poderes e dos direitos fundamentais.

Quanto ao neoconstitucionalismo e sua participação na temática da judicialização da política, discorreu-se acerca do seu marco histórico, teórico e filosófico, que, conjuntamente, imprimem a proposta de que o magistrado, diante de uma demanda, pode se tornar um copartícipe do processo de criação do Direito, sendo possível de completar o trabalho do legislador a partir de suas decisões, realizando valorações de sentido para as cláusulas abertas e princípios constitucionais.

Foram apresentadas as condições facilitadoras da judicialização da política, sendo estas vistas em maior ou menor grau nas democracias contemporâneas. Quanto ao Brasil, discorreu-se acerca da judicialização da política e suas condições facilitadoras. Ademais, discorreu-se acerca da judicialização da política de saúde no contexto do STF, sendo esta instituição de significativa importância para garantia do direito à saúde no Brasil, tendo discutido acerca de diversas temáticas de grande impacto social, dentre as

quais citam-se: a interrupção da gestação em casos de gravidez anencefálica, parâmetros para a concessão de medicamentos de alto custo sem registro na ANVISA etc.

No presente capítulo, concluiu-se que a judicialização da política consiste em um fenômeno decorrente de uma série de fatores conjugados, advindo principalmente das mudanças normativas do pós II Guerra Mundial, do contexto de criação dos Tribunais Constitucionais e da busca por uma noção de Direito para além dos limites do positivismo jurídico; uma busca que valorizasse os direitos humanos e a atuação do magistrado na garantia dos direitos fundamentais.

Em especial, no caso do Brasil, concluiu-se que a judicialização da política surge, de modo mais consistente, a partir da CF de 1988, que inaugurou uma nova proposta de participação do Poder Judiciário no cenário político, o qual atende a função de proteger os direitos fundamental face as omissões e violações estatais. Igualmente, concluiu-se que a judicialização da política, vale dizer, a expansão do Judiciário advém não de uma escolha própria dos magistrados e Tribunais, mas sim da própria estrutura constitucional vigente no Brasil.

No capítulo três, apresentou-se acerca do histórico da pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo, da atuação da OMS e também dos Poderes Executivo e Legislativo Federal. Também discorreu-se acerca das ações do controle concentrado de constitucionalidade analisadas pelo STF no ano de 2020 e que estão relacionadas com a pandemia da COVID-19.

Na oportunidade, concluiu-se que o Brasil careceu de uma atuação conjunta entre as diferentes instâncias federativas no enfrentamento à pandemia da COVID-19, de tal modo que alguns conflitos, por diversas vezes, acabaram sendo dirimidos pelo STF em sede de controle concentrado de constitucionalidade, uma vez que a essa Corte competente o julgamento de demandas relativas às competências federativas. Igualmente, concluiu-se que muitas demandas em matéria de saúde pública foram debatidas pelo STF, demonstrando que a sua participação durante a pandemia da COVID-19 foi de significativa importância para garantia e proteção dos direitos fundamentais.

No quarto capítulo, em que se aplicou o método de análise de conteúdo, pode-se concluir que, em razão da baixa frequência com que a categoria relativa à judicialização da política apareceu, não há, ao menos no conjunto de decisões analisadas, a preocupação do STF em discutir os limites de sua atuação em questões de natureza política e em matéria de política de enfrentamento à pandemia da COVID-19, o que

aponta para uma normalização desse fenômeno na esmagadora maioria dos votos dos Ministros, exceto que em algumas decisões (ADI 6354, ADI 6377 e ADI 6362) em que os Ministros Luis Roberto Barroso e Ricardo Lewandowski aventaram a discussão quanto a temática.

Considerando a altíssima frequência da categoria relativa aos conflitos federativos nas decisões do STF, pode-se concluir que as instituições político-majoritárias brasileiras, ao não conseguirem resolver suas discordâncias na arena política, buscaram sistematicamente esta Corte para atuar como mediador nas demandas relativas à pandemia no ano de 2020.

Por fim, concluiu-se que o STF, em sede de controle concentrado de constitucionalidade, atuou para resolver os conflitos políticos, federativos e sanitários que surgiram ao longo do combate à pandemia da COVID-19 no ano de 2020, em consonância com aquilo que se encontra normatizado na própria CF de 1988, cuja arquitetura constitucional apresenta-se como um catalisador para uma judicialização da política cada vez maior.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Dante; BAPTISTA, Rodrigo. Agência Senado. **Seis meses contra a covid-19: as muitas frentes de batalha**. 04 de agosto de 2020. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/08/seis-meses-contra-a-covid-19-as-muitas-frentes-de-batalha>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

AGÊNCIA SENADO. Senado Federal. **CORONAVÍRUS**: veja os projetos já aprovados pelo Senado. 12 de julho de 2021. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/04/coronavirus-propostas-de-enfrentamento-aprovadas-no-senado>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **R. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 15, n.3, 2015, p.85-90.

ALVES, Sandra Mara Campos. A democracia eletrônica no setor saúde: um processo em construção. In: LEMOS, Amanda Nunes Lopes Espiñeira (Org.). **Direito sanitário**: coletânea em homenagem à profa. Dra. Maria Célia Delduque. São Paulo: Matrioska. 2020. p. 93-106.

ALMEIDA, Acir. Relações Executivo-Legislativo e governabilidade à luz da crise da COVID-19. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**. Nota Técnica n. 34, abril, 2020, p. 13.

ANDRADE, Fabiano. Teich deixa o Ministério da Saúde antes de completar um mês no cargo e após divergir de Bolsonaro. **Portal G1**. Brasília. 15 de maio de 2020. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/15/teich-deixa-o-ministerio-da-saude-antes-de-completar-um-mes-no-cargo.ghtml>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

ARANTES, Rogério Bastos. Constitutionalism, the expansion of Justice and the Judicialization of Politics in Brazil. In: SIEDER, Rachel; SCHJOLDEN, Line; ANGELL, Alan (Edt.). **The Judicialization of Politics in Latin America**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2006, p. 231-262.

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde**: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013.

ÁVILA, Ana Paula Oliveira; MELO, Karen Cristina Correa de. Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 5, n. 1, jan./abr. 2018, p. 83-108.

BARCELLOS, Ana Paula de. Neoconstitucionalismo, Direitos Fundamentais e Controle das Políticas Públicas. **R. Dir. Adm.**, Rio de Janeiro, 2005, abr./jun., n. 240, p. 83-103.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **[Syn]Thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2012, p. 23-32.

BARROSO, Luis Roberto. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: o

triunfo tardio do Direito Constitucional no Brasil. **R. Dir. Adm.**, Rio de Janeiro, n. 240, abr./jun., 2005, p. 1-42.

BARROSO, Luis Roberto. **O controle de constitucionalidade no direito brasileiro**: exposição sistemática da doutrina e análise crítica da jurisprudência. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016.

BARROSO, Luís Roberto; BARCELLOS, Ana Paula de. O Começo da História. A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios no Direito Brasileiro. **Revista da EMERJ**, v. 6, n. 23, 2003, p. 25-65.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, 2002, vol. 3, n. 1, março, p. 13-28.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética Cotidiana**. Tradução Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela 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.

BIENATH, André. Gripe: quais foram as maiores epidemias da história. **Veja Saúde**. 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/gripe-quais-foram-as-maiores-epidemias-da-historia/>. Acesso em: 13 de maio de 2021.

BOROTA DE OLIVEIRA, Luis Gustavo; LIPPI, Maria Clara. Judicialização e ativismo judicial sobre as demandas de saúde pública no Brasil. **Rev. Derecho Estado**, Bogotá, 2020, Apr., n. 45, p. 245-274.

BRANDÃO, Rodrigo. A judicialização da política: teorias, condições e o caso brasileiro. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 263, maio/ago., 2013, p. 175-220.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial da Saúde. **Regulamento Sanitário Internacional**. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 15 de outubro de 1988. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 08 de março de 2021.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. 10 de novembro de 1937. 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em: 21 de março de 2021.

BRASIL. **Lei 8.080**. 19 de setembro de 1990. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 de março de 2021.

BRASIL. **Lei 8.142**. 28 de dezembro de 1990. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 15 de março de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **CCOP/Casa Civil auxilia no retorno de brasileiros em países afetados pelo coronavírus.** 16 de abril de 2020. 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/ccop-casa-civil-auxilia-no-retorno-de-brasileiros-em-paises-afetados-pelo-coronavirus>. Acesso em 19 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **500 mil kits de testes rápidos para detecção de coronavírus começam a ser distribuídos.** 28 de abril de 2020. 2020f. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/500-mil-kits-de-testes-rapidos-para-deteccao-de-coronavirus-comecam-a-ser-distribuidos>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Governo Federal reduz a zero a cobrança de imposto sobre alguns produtos médicos.** 16 de abril de 2020. 2020g. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/governo-federal-reduz-a-zero-a-cobranca-de-imposto-sobre-alguns-produtos-medicos>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Anúncio de medidas:** segunda etapa de vacinação contra influenza será antecipada para 16 de abril. 16 de abril de 2020. 2020h. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/anuncio-de-medidas-segunda-etapa-de-vacinacao-contrainfluenza-sera-antecipada-para-16-de-abril>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ninguém fica pra trás:** povos indígenas estão sendo assistidos pelas medidas de enfrentamento do Governo Federal. 20 de abril de 2020. 2020i. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/ninguem-fica-pra-tras-povos-indigenas-estao-sendo-assistidos-pelas-medidas-de-enfrentamento-do-governo-federal>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **MP 936/2020:** Economia lança cartilha para esclarecer dúvidas. 20 de abril de 2020. 2020j. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/mp-936-2020-economia-lanca-cartilha-para-esclarecer-duvidas>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Cloroquina:** Forças Armadas intensificam a produção no Brasil. 16 de abril de 2020. 2020k. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/cloroquina-forcas-armadas-intensificam-a-producao-no-brasil>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ninguém fica pra trás:** cerca de R\$ 4 bilhões serão destinados para auxiliar pessoas idosas durante pandemia. 30 de abril de 2020. 2020l. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/ninguem-fica-pra-tras-cerca-de-r-4-bilhoes-serao-destinados-para-auxiliar-pessoas-idosas-durante-pandemia>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Covid-19:** Operação Acolhida lança Plano Emergencial de Contingenciamento. 28 de abril de 2020. 2020m. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/covid-19-operacao-acolhida-lanca-plano-emergencial-de-contingenciamento>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Lei nº 13.933/2020:** produtos usados no combate ao

coronavírus estão proibidos de serem exportados. 24 de abril de 2020. 2020n. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/lei-no-13-933-2020-produtos-usados-no-combate-ao-coronavirus-estao-proibidos-de-serem-exportados>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Bolsa Família**: mais de 14,2 milhões de famílias beneficiadas em abril. 30 de abril de 2020. 2020o. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/bolsa-familia-mais-de-14-2-milhoes-de-familias-beneficiadas-em-abril>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Fechamento de fronteiras**: Governo Federal amplia proibição de entrada no Brasil por meios terrestres. 30 de abril de 2020. 2020p. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/fechamento-de-fronteiras-governo-federal-amplia-proibicao-de-entrada-no-brasil-por-meios-terrestres>. Acesso em: 22 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Enfrentamento ao coronavírus**: santas casas e hospitais filantrópicos recebem auxílio financeiro. 06 de maio de 2020. 2020q. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/enfrentamento-ao-coronavirus-santas-casas-e-hospitais-filantropicos-receberam-auxilio-financeiro>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Governo Federal articula com governadores no enfrentamento à COVID-19**. 04 de maio de 2020. 2020r. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/governo-federal-articula-com-governadores-no-enfrentamento-a-covid-19>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Pronampe**: Governo Federal destina R\$ 15,9 bilhões para fundo de micro e pequenas empresas. 28 de maio de 2020. 2020s. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/pronampe-governo-federal-destina-r-15-9-bilhoes-para-fundo-de-micro-e-pequenas-empresas>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Investimento em ciência**: Governo Federal abre crédito extraordinário de R\$ 352 milhões para combate à Covid-19. 25 de maio de 2020. 2020t. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/investimento-em-ciencia-governo-federal-abre-credito-extraordinario-de-r-352-milhoes-para-combate-a-covid-19>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Enfrentamento ao coronavírus**: Governo Federal promove articulação para aumentar a produção nacional de insumos e equipamentos. 18 de maio de 2020. 2020u. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/enfrentamento-ao-coronavirus-governo-federal-promove-articulacao-para-aumentar-a-producao-nacional-de-insumos-e-equipamentos>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço para o enfrentamento do coronavírus**: Governo Federal habilita 2.352 leitos de UTI em cinco dias. 20 de maio de 2020. 2020v. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/reforco-para-o-enfrentamento-do-coronavirus-governo-federal-habilita-2-352-leitos-de-uti-em-cinco-dias>.

Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** Governo Federal autoriza a contratação de 5.158 profissionais de saúde temporários. 27 de maio de 2020. 2020w. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/reforco-contra-o-coronavirus-governo-federal-autoriza-a-contratacao-de-5-158-profissionais-de-saude-temporarios>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Direito às liberdades fundamentais:** revogada portaria que determinava regras de isolamento durante a pandemia. 28 de maio de 2020. 2020x. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/direito-as-liberdades-fundamentais-revogada-portaria-que-determinava-regras-de-isolamento-durante-a-pandemia>. Acesso em 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **SUS:** Ministério da Saúde anuncia testagem de 100% dos pacientes com casos leves de Covid-19 em todos os serviços de saúde. 26 de junho de 2020. 2020y. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/sus-ministerio-da-saude-anuncia-testagem-de-100-dos-pacientes-com-casos-leves-de-covid-19-em-todos-os-servicos-de-saude>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Combate ao desperdício:** sancionada lei que permite doação de alimentos por estabelecimentos. 25 de junho de 2020. 2020z. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/combate-ao-desperdicio-sancionada-lei-que-permite-doacao-de-alimentos-por-estabelecimentos>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Medidas contra o coronavírus:** 87 mil testes de detecção de Covid-19 são distribuídos para o sistema penitenciário brasileiro. 22 de junho de 2020. 2020aa. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/medidas-contra-o-coronavirus-87-mil-testes-de-deteccao-de-covid-19-sao-distribuidos-para-o-sistema-penitenciario-brasileiro>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Equidade no tratamento:** Governo Federal lança orientações para padronização do atendimento à Covid-19. 18 de junho de 2020. 2020ab. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/equidade-no-tratamento-governo-federal-lanca-orientacoes-para-padronizacao-do-atendimento-a-covid-19>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Enfrentamento ao coronavírus:** lista para autorização de exportação é atualizada. 18 de junho de 2020. 2020ac. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/enfrentamento-ao-coronavirus-lista-para-autorizacao-de-exportacao-e-atualizada>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Brasil participará de iniciativa global para produção de vacina, medicamentos e diagnósticos contra o coronavírus.** 03 de junho de 2020. 2020ad. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/covid-19-brasil-entra-na-iniciativa-acelerador-de-vacinas>.

Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** pesquisas para Covid-19 receberão R\$ 45 milhões. 08 de julho de 2020. 2020ae. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-contra-o-coronavirus-pesquisas-para-covid-19-receberao-r-45-milhoes>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ensino superior:** Governo Federal anuncia repasse de cerca de R\$ 200 milhões a universidades federais. 06 de julho de 2020. 2020af. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/ensino-superior-governo-federal-anuncia-repasse-de-cerca-de-r-200-milhoes-a-universidades-federais>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Decreto 10.407/20:** regulamentação do fornecimento de produtos médicos essenciais. 02 de julho de 2020. 2020ag. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/decreto-10-407-20-regulamentacao-do-fornecimento-de-produtos-medicos-essenciais>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço profissional:** Governo Federal contratou mais de 6,6 mil médicos para atuar no enfrentamento ao coronavírus. 01 de julho de 2020. 2020ah. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-profissional-governo-federal-contratou-mais-de-6-6-mil-medicos-para-atuar-no-enfrentamento-ao-coronavirus>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ninguém fica pra trás:** Governo Federal destina R\$ 160 milhões para ajudar asilos no combate à Covid-19. 01 de julho de 2020. 2020ai. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/ninguem-fica-pra-tras-governo-federal-destina-r-160-milhoes-para-ajudar-asilos-no-combate-a-covid-19>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço no atendimento:** Governo Federal compra 55 mil medicamentos para intubação no Uruguai. 20 de julho de 2020. 2020aj. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-no-atendimento-governo-federal-compra-55-mil-medicamentos-para-intubacao-no-uruguai>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** Governo Federal distribui 806 mil unidades de medicamentos para intubação aos estados. 14 de julho de 2020. 2020ak. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-contra-o-coronavirus-governo-federal-distribui-806-mil-unidades-de-medicamentos-para-intubacao-aos-estados>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Medida tributária:** Governo Federal zera Imposto de Importação de medicamentos e outros produtos. 14 de julho de 2020. 2020al. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/medida-tributaria-governo-federal-zera-imposto-de-importacao-de-medicamentos-e-outros-produtos>. Acesso em 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** Governo Federal

destina repasse de R\$ 120 milhões para combate à Covid-19 em Laboratórios Centrais. 31 de julho de 2020. 2020am. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-contra-o-coronavirus-governo-federal-destina-repasse-de-r-120-milhoes-para-combate-a-covid-19-em-laboratorios-centrais>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Recursos para o enfrentamento ao coronavírus:** sancionada lei que destina R\$1,5 bilhão para o atendimento da assistência social. 30 de julho de 2020. 2020an. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/recursos-para-o-enfrentamento-ao-coronavirus-sancionada-lei-que-destina-r-1-5-bilhao-para-o-atendimento-da-assistencia-social>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** Governo Federal fecha parceria para a produção de vacina contra Covid-19. 30 de julho de 2020. 2020ao. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/imunizacao-governo-federal-fecha-parceria-para-a-producao-de-vacina-contra-covid-19>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** 1.302 municípios credenciados para implantação de Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19. 24 de julho de 2020. 2020ap. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/reforco-contra-o-coronavirus-1-302-municipios-credenciados-para-implantacao-de-centros-de-atendimento-para-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Coronavírus-SUS:** aplicativo alerta contatos próximos de pacientes com Covid-19. 03 de agosto de 2020. 2020aq. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/coronavirus-sus-aplicativo-alerta-contatos-proximos-de-pacientes-com-covid-19>. Acesso em 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** acordo para produção de vacina contra o coronavírus é assinado. 03 de agosto de 2020. 2020ar. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/imunizacao-acordo-para-producao-de-vacina-contra-o-coronavirus-e-assinado>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **TelePSI:** projeto é ampliado para profissionais de serviços essenciais. 03 de agosto de 2020. 2020as. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/telepsi-projeto-e-ampliado-para-profissionais-de-servicos-essenciais>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Apoio contra o coronavírus:** Governo Federal garante mais de 61 mil anestésicos para intubação a seis estados. 05 de agosto de 2020. 2020at. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/apoio-contra-o-coronavirus-governo-federal-garante-mais-de-61-mil-anestesticos-para-intubacao-a-seis-estados>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** hospitais da Rede Ebserh iniciam testes de vacina contra Covid-19. 07 de agosto de 2020. 2020au. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/imunizacao-hospitais-da-rede-ebserh-iniciam-testes-de-vacina-contra-covid-19>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ninguém fica para trás:** Governo Federal entrega cestas de alimentos para comunidades indígenas em dois estados e no Distrito Federal. 07 de agosto de 2020. 2020av. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/ninguem-fica-para-tras-governo-federal-entrega-cestas-de-alimentos-para-comunidades-indigenas-em-dois-estados-e-no-distrito-federal>. Acesso em: 27 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Testagem:** Unidade de Apoio ao Diagnóstico da Covid-19 começa a operar. 10 de agosto de 2020. 2020aw. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/testagem-unidade-de-apoio-ao-diagnostico-da-covid-19-comeca-a-operar>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** Governo Federal investe R\$ 9 milhões na produção nacional de vacinas contra a Covid-19. 10 de agosto de 2020. 2020ax. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/imunizacao-governo-federal-investe-r-9-milhoes-na-producao-nacional-de-vacinas-contra-a-covid-19>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** protocolo de pesquisa de vacina de Oxford é alterado. 12 de agosto de 2020. 2020ay. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/imunizacao-protocolo-de-pesquisa-de-vacina-de-oxford-e-alterado>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Povos indígenas:** Governo Federal conclui proposta de Plano de Enfrentamento e Monitoramento à Covid-19. 12 de agosto de 2020. 2020az. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/povos-indigenas-governo-federal-finaliza-proposta-de-plano-de-enfrentamento-e-monitoramento-a-covid-19>. Acesso em 28 de maio de 2020.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Reforço contra o coronavírus:** Casas de Quarentena protegem indígenas do Vale do Javari (AM) da Covid-19. 13 de agosto de 2020. 2020ba. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/reforco-contra-o-coronavirus-casas-de-quarentena-protegem-indigenas-do-vale-do-javari-am-da-covid-19>. Acesso em 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Transparência:** CGU disponibiliza painel para acompanhar contratações relacionadas à Covid-19. 14 de agosto de 2020. 2020bb. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/transparencia-cgu-disponibiliza-painel-para-acompanhar-contratacoes-relacionadas-a-covid-19>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Sistema Único de Assistência Social:** Governo Federal libera R\$ 331 milhões para estados e municípios. 17 de agosto de 2020. 2020bc. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/sistema-unico-de-assistencia-social-governo-federal-libera-r-331-milhoes-para-estados-e-municipios>. Acesso em: 28 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Imunização:** aprovado o quarto ensaio clínico de vacina contra Covid-19 no Brasil. 18 de agosto de 2020. 2020bd. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/imunizacao-aprovado-o>

quarto-ensaio-clinico-de-vacina-no-brasil. Acesso em: 29 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Governo Federal inicia testes clínicos com vacina BCG no combate à Covid-19.** 05 de outubro de 2020. 2020be. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/governo-federal-inicia-testes-clinicos-com-vacina-bcg-no-combate-a-covid-19>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Prorrogada alíquota zero de IPI para produtos médico-hospitalares.** 05 de outubro de 2020. 2020bf. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/prorrogada-aliquota-zero-de-ipi-para-produtos-medico-hospitalares>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Atendimento a mais de 3,9 mil indígenas na segunda missão de reforço no combate à Covid-19.** 22 de outubro de 2020. 2020g. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/cerca-de-3-971-indigenas-receberao-atendimento-na-segunda-missao-de-reforco-no-combate-a-covid-19>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **VigiAR SUS: mais de R\$ 1,5 bilhão para fortalecer resposta à Covid-19 no Brasil.** 04 de novembro de 2020. 2020bh. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/vigiar-sus-mais-de-r-1-5-bilhao-para-fortalecer-resposta-a-covid-19-no-brasil>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Ministério da Saúde lança programa para reabilitação de pacientes recuperados da Covid-19.** 24 de novembro de 2020. 2020bi. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/ministerio-da-saude-lanca-programa-para-reabilitacao-de-pacientes-recuperados-da-covid-19>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Sancionada lei que autoriza a doação de R\$ 8,5 milhões à Aliança Global para Vacinas e Imunização.** 18 de novembro de 2020. 2020bj. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/sancionada-lei-que-autoriza-a-doacao-de-r-8-5-milhoes-a-alianca-global-para-vacinas-e-imunizacao>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Programa Nacional de Imunização recebe investimento de mais de R\$ 59 milhões.** 08 de dezembro de 2020. 2020bk. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/programa-nacional-de-imunizacao-recebe-investimento-de-mais-de-r-59-milhoes>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Governo Federal investe R\$ 280 milhões para qualificação de Agentes de Saúde.** 09 de dezembro de 2020. 2020bl. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/governo-federal-investe-r-280-milhoes-para-qualificacao-de-agentes-de-saude>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Investidos R\$ 99 milhões para ampliar o atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial.** 10 de dezembro de 2020. 2020bm. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/investidos-r-99-milhoes-para-ampliar-o-atendimento-dos-centros-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Mais de R\$ 19 milhões liberados para reforço na assistência farmacêutica no SUS**. 16 de dezembro de 2020. 2020bn. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/mais-de-r-19-milhoes-liberados-para-reforco-na-assistencia-farmaceutica-no-sus>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Governo Federal apresenta o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 16 de dezembro de 2020. 2020bo. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/governo-federal-apresenta-o-plano-para-a-imunizacao-contr-a-covid-19>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Presidente da República assina MP que autoriza crédito extra de R\$ 20 bilhões para vacinação contra o coronavírus**. 17 de dezembro de 2020. 2020bp. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/presidente-da-republica-assina-mp-que-autoriza-credito-extra-de-r-20-bilhoes-para-vacinacao-contr-o-coronavirus>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Empresas aéreas realizarão o transporte gratuito das vacinas contra a Covid-19**. 18 de dezembro de 2020. 2020bq. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/empresas-aereas-realizarao-o-transporte-gratuito-das-vacinas-contr-a-covid-19>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Tarifa zero para importação de 298 produtos usados contra a Covid-19 é prorrogada**. 29 de dezembro de 2020. 2020br. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/tarifa-zero-para-importacao-de-298-produtos-usados-contr-a-covid-19-e-prolongada>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Casa Civil. **Impacto fiscal das medidas de enfrentamento à Covid-19 atinge R\$ 620,5 bilhões**. 23 de dezembro de 2020. 2020bs. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/impacto-fiscal-das-medidas-de-enfrentamento-a-covid-19-atinge-r-620-5-bilhoes>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. **Legislação COVID-19**. 2021. 2021c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/quadro_portaria.htm. Acesso em: 21 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 08 de março de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 42**. 22 de maio de 2020. 2020a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-maio-de-2020>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lidera Grupo Interministerial que vai atuar no enfrentamento ao novo coronavírus**. 16 de março de

2020. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/ministerio-da-saude-lidera-grupo-interministerial-que-vai-atuar-no-enfrentamento-ao-novo-coronavirus>. Acesso em: 19 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188**. 3 de fevereiro de 2020. 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 19 de maio de 2021.

BRASIL. Poder Executivo. **Saiba como o Governo Federal atua contra a Covid-19 desde o começo da crise**. 23 de março de 2021. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/03/saiba-como-o-governo-federal-atua-contra-a-covid-19-desde-o-comeco>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Atos de agentes públicos durante a pandemia devem observar critérios técnicos e científicos**. 21 de maio de 2020. 2020bs. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=443888&ori=1>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Plenário confirma proibição de mudança de forma de divulgação de dados da Covid-19**. 15 de março de 2021. 2021d. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=462330&ori=1>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF analisou cerca de 40 pautas econômicas relacionadas à pandemia de Covid-19 no último ano**. Brasília. 17 de março de 2021. 2021b. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=462122&ori=1>. Acesso em: 19 de abril de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Supremo nega pedido de flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal no Acre durante pandemia**. 26 de novembro de 2020. 2020b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=456055&ori=1>. Acesso em: 19 de abril de 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **130 anos**: confira temas relevantes analisados pelo STF na área da saúde. Brasília. 26 de maio de 2021. 2021e. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=466497&ori=1>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2008.

CAMBI, Eduardo. **Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo**: direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

CAPPELLETTI, Mauro. **Juízes Legisladores?** Tradução Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1993.

CAPPELLETTI, Mauro. **Acesso à justiça**. Tradução Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 1988.

CARLOS, Fabiano Gonçalves. Separação de Poderes: da Concepção Clássica à Noção Contemporânea. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 78, jan./abril, 2017, p. 286-317.

CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Rev. Sociol. Polít., Curitiba**, n. 23, nov., 2004, p. 115-126.

CARVALHO, Déa; MERCHAN-HAMANN, Edgar; PEREIRA, Márcio Florentino; NOGUEIRA, Roberto Passos; PIOLA, Sérgio; BERMÚDEZ, Ximena Pamela Diaz. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao (Orgs.). **Direito Sanitário em Perspectiva – Vol. 2**. Brasília: ESMPU; FIOCRUZ, 2013, p.75-90.

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.

CERIONI, Clara; ARANHA, Carla. O Brasil em lockdown: as regras para as cidades que vivem em bloqueio total. **Exame**, São Paulo, 06 de maio de 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/o-brasil-em-lockdown-as-regras-para-as-cidades-que-vivem-bloqueio-total/>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

CITTADINO, Gisele. Poder Judiciário, ativismo judicial e democracia. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, ano III, n. 3, 2002, p. 135-144.

CNN BRASIL. **Governo lança campanha 'Brasil Não Pode Parar' contra medidas de isolamento**. São Paulo, 27 de março de 2020. 2020a. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/03/27/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

CNN BRASIL. **'Sistema de saúde entrará em colapso no final de abril', diz ministro da Saúde**. São Paulo, 20 de março de 2020. 2020b. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/20/sistema-de-saude-entrara-em-colapso-no-final-de-abril-diz-ministro-da-saude>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

CNN BRASIL. **Não terá colapso na saúde, diz Bolsonaro**. São Paulo, 21 de março de 2020. 2020d. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/03/22/nao-tera-colapso-na-saude-diz-bolsonaro>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório analítico propositivo Justiça Pesquisa: Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito**

Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 3, fev./2009, p. 9-34.

DALLARI, Sueli Gandolfi. 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.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. A e-democracia sanitária no Brasil: em busca da identificação de atores de mecanismos virtuais de participação na elaboração de normas de direito sanitário. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2016, v. 25, n. 4, p. 943-949.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; CIARLINI, Álvaro. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In: ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao (Orgs.). **Direito Sanitário em Perspectiva** – Vol. 2. Brasília: ESMPU; FIOCRUZ, 2013, p.185-221.

DUARTE, Écio Oto Ramos; POZZOLO, Suzana. **Neoconstitucionalismo e Positivismo Jurídico**: as faces da teoria do Direito em tempos de interpretação moral da Constituição. 2ª ed. São Paulo: Landy Editora, 2010.

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.

ESCOREL, Sarah; 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.

FALCÃO, Márcio; VIVAS, Fernanda. Supremo decide que estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento. **Portal G1**. Brasília. 15 de abril de 2020. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/maioria-do-supremo-vota-a-favor-de-que-estados-e-municipios-editem-normas-sobre-isolamento.ghtml>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. O Judiciário frente à divisão dos poderes: um princípio em decadência? **Revista USP**, 1994, n. 21, p. 12-21.

FARFAN, Tainá. Governo muda protocolo e autoriza hidroxiquina para casos leves de Covid-19. **CNN Brasil**. Brasília. 20 de maio de 2020. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/20/governo-muda-protocolo-e-autoriza-hidroxiquina-para-casos-leves-de-covid-19>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Poder judiciário na Constituição de 1988: judicialização da política e politização da justiça. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 198, p. 1-17, out./dez. 1994.

FIOCRUZ. **Brasil reduz casos de tuberculose, mas epidemia ainda atinge 70 mil anualmente.** 23 de março de 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-reduz-casos-de-tuberculose-mas-epidemia-ainda-atinge-70-mil-anualmente>. Acesso em: 17 de maio de 2021.

FIOCRUZ. **O Brasil vive uma epidemia de microcefalia?** 19 de julho de 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/o-brasil-vive-uma-epidemia-de-microcefalia>. Acesso em: 17 de maio de 2021.

FIOCRUZ. **Surto de febre amarela no Brasil é destaque na Revista Radis.** 23 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/surto-de-febre-amarela-no-brasil-e-destaque-na-revista-radis>. Acesso em: 17 de maio de 2021.

GALVÃO, M.A.M. **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.

GARRETT, Laurie. **The coming plague:** newly emerging diseases in a world out of a balance. New York: Penguin Books, 1995.

GINSBURG, Tom. **Judicial Review in New Democracies:** Constitutional Courts in Asian Cases. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

GOMES, Romeu. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 34. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015, p. 79-108.

GOULART, Adriana da Costa. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2005, abr./jan., vol.12, n.1, p. 101-142 .

HIRSCHL, Ran. Novo Constitucionalismo e a Judicialização da Política Pura no Mundo. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 251, maio/ago. 2009, p. 139-178.

HOWARD, Jacqueline. **Estudo brasileiro sobre cloroquina é interrompido após morte de pacientes.** CNN Brasil. 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/04/13/estudo-brasileiro-sobre-cloroquina-e-interrompido-apos-morte-de-pacientes>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

KOGA, Natália Massaco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; GOELLNER, Isabella de Araújo; COUTO, Bruno Gontyjo do. Os instrumentos de políticas Públicas para o Enfrentamento do Vírus da Covid-19: uma análise dos normativos produzidos pelo Executivo Federal. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 22, abr. 2020, p. 25-36.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A Pandemia da Covid-19: uma crise sanitária e humanitária. In.: BUSS, P.M.; FONSECA, L.E. (Orgs.). **Diplomacia da saúde e Covid-19:** reflexões a meio caminho [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020, p. 35-40.

LOBATO, Anderson Cavalcante. A contribuição da jurisdição constitucional para a

consolidação do Estado Democrático de Direito. **Cadernos de Pesquisa**, n. 05, nov., 1997, p. 01-28.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. 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. 89-120

LUZ, Rafael Meira. Os desafios da atenção primária em tempos de pandemia de COVID-19. In: GONÇALVES, Sandra Krieger (Org.). **Revista de Direito Sanitário da Comissão da Saúde: Saúde e Ministério Público: desafios e perspectivas**. Brasília: CNMP, 2020, p. 41-55.

MACIEL, Débora Alves; KOERNER, Andrei. Sentidos da judicialização da política: duas análises. *Lua Nova: Rev. Cultura e Política*, São Paulo, n. 57, p. 113-133, 2002.

MARQUES, Rita de Cassia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; PIMENTA, Denise Nacif. A pandemia de Covid-19: intersecções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. In: REIS, Tiago Siqueira et. al. (Orgs.). **Coleção história do tempo presente: volume 3**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2020, p. 225-249.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **A ciência do direito: conceito, objeto, método**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana lúcia de Moura (Orgs.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007, p. 61-80.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e o seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILLO ROA, Alejandra (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 139-168.

MONTESQUIEU, Charles de Secondant (Barão de). **Do espírito das leis**: vol. 1. Tradução Gabriela de Andrada Dias Barbosa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. Medidas Legais de Distanciamento Social: análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**. Nota Técnica n.33, abril, 2021, p. 24.

MOTA, Camilla Veras. Modelo matemático aponta colapso do sistema de saúde a partir de 21 de abril. **BBC News Brasil**. São Paulo. 16 de abril de 2020. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52300278>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. 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. 365-393.

NUNES JUNIOR, Amandino Teixeira. **A judicialização da política no Brasil**: estudo de casos de comissões parlamentares de inquérito e fidelidade partidária. Temas de Interesse do Legislativo, n.30. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016.

NUNES JUNIOR, Amandino Teixeira. A Constituição de 1988 e a judicialização da política no Brasil. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 45, n. 178, abr./jun., 2008, p. 157-179.

OLIVEIRA, Elida. Em 1 mês, médicos registraram 3,1 mil denúncias de falta de equipamentos de proteção para atuar contra o coronavírus, diz associação. **Portal G1**. Brasília. 21 de abril de 2020. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/21/em-1-mes-medicos-registraram-31-mil-denuncias-de-falta-de-equipamentos-de-protecao-para-atuar-contr-o-coronavirus-diz-associao.ghtml>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

OLIVEIRA, Marília Santini de; MATOS, Alinhe da Rocha; SIQUEIRA, Marilda Mendonça. Conhecendo o Sars-CoV-2 e a Covid-19. In.: BUSS, P.M.; FONSECA, L.E. (Orgs.). **Diplomacia da saúde e Covid-19**: reflexões a meio caminho [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020, p. 69-82.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 de dezembro de 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf. Acesso em: 17 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cronograma da resposta da OMS ao COVID-19**. Última atualização 29 de janeiro de 2021. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 30 de janeiro de 2020. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 15 de maio de 2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 11 de março 2020. 2020c. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011, v. 377, p. 1778-1797.

PÊGO, Bolívar et al. **Oito meses de pandemia no Brasil: medidas para o enfrentamento federativo e perspectivas com as vacinas**. Brasília, Ipea, 2021, p. 36.

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/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2021.

PORTAL G1. **Brasil registra 1.036 mortes por coronavírus; total chega a 194.976 óbitos**. 31 de dezembro de 2020. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/12/31/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-31-de-dezembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acesso em: 14 de julho de 2021.

PORTAL G1. **Morre em Sorocaba, SP, primeira criança a tomar coquetel contra Aids**. 05 de outubro de 2012. 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2012/10/morre-em-sorocaba-sp-primeira-crianca-tomar-coquetel-contr-aids.html>. Acesso em: 11 de julho de 2021.

PORTAL G1. **Veja quais são as vacinas contra a Covid-19 que estão em testes em humanos ao redor do mundo**. 11 de agosto de 2020. 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/08/11/veja-quais-sao-as-vacinas-contr-a-covid-19-que-estao-em-teste-em-humanos-ao-redor-do-mundo.ghtml>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

PORTAL G1. **Casos de coronavírus no Brasil em 31 de março**. 31 de março de 2020. 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/31/casos-de-coronavirus-no-brasil-em-31-de-marco.ghtml>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

PORTAL G1. **Casos de coronavírus no Brasil em 24 de março**. 24 de março de 2020. 2020c. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/24/casos-de-coronavirus-no-brasil-em-24-de-marco.ghtml>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

PORTAL G1. **Brasil tem 1.271 mortes por coronavírus em 24 horas, mostra consórcio de veículos de imprensa; são 59.656 no total**. 30 de junho de 2020. 2020d. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/30/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-30-de-junho-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

PORTAL G1. **Brasil registra 1.036 mortes por coronavírus; total chega a 194.976 óbitos**. 2020e. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/12/31/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-31-de-dezembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PORTAL G1. **OMS declara epidemia de ebola emergência sanitária internacional**. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/08/oms-declara-epidemia-de-ebola-emergencia-sanitaria-internacional.html>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PRESSE, France. Na Itália número de mortes em março é quase 50% maior que a média histórica. **Portal G1**. 04 de maio de 2020. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/05/04/na-italia-numero-de-mortes-em-marco-e-quase-50percent-que-a-media-historica.ghtml>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

RACHE, Beatriz et. al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: Leitos de UTI, respiradores e Ocupação Hospitalar. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**. Nota Técnica n.3, mar. 2020, p. 5.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo et. al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia da Covid-19: o que esperar do Brasil? **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2020, jan./dez., p1-6.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Universalidade do direito à saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MIRANDA NETTO, Edson Barbosa de. 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.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes. O direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988: notas iniciais. **Revista Direito em Debate**, v. 26, n.48, jul./dez., 2017, p. 159-184.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário**. Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez., 2013, p. 51-67.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo Judicial: parâmetros dogmáticos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Federalismo: condições de possibilidade e características essenciais. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 49, n. 193, p. 21-30, jan./mar. 2012.

REZENDE, J.M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RIBAS, Giovanna Paola Primor; SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. A judicialização das políticas públicas e o Supremo Tribunal Federal. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 44, jan./jun. 2014, p. 36-50.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela. **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015, p. 183-232.

ROMERO, L; DELDUQUE, M. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, 2017, v.26, n.1, p.240-255.

SCHAEFER, Bruno Marques et al. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidência dos estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n.54,

vol. 5, set./out., 2020, p. 1429-1445.

SCHMIDT, Flávia; MELLO, Janine; CAVALCANTE, Pedro. Estratégias de Coordenação Governamental na Crise da Covid-19. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 22, abr. 2020, p. 13-23.

SHALDERS, André. **Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques**. BBC News Brasil. Brasília. 16 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 24 de maio de 2021.

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**. 39 ed., rev. e atual. até a Emenda Constitucional n. 90, de 15.9.2015. São Paulo: Malheiros, 2016.

TATE, C. Neal; VALLINDER, Torbjörn. The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics. In: TATE, C. Neal; VALLINDER, Torbjörn. (Ed.). **The Global Expansion of Judicial Power**. Nova York: New York University Press, 1995, p. 1-10.

TATE, C. Neal. Why the expansion of Judicial Power? In: TATE, C. Neal; TORBJÖRN, Vallinder. (Ed.). **The Global Expansion of Judicial Power**. Nova York: New York University Press, 1995, p. 27-37.

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.

VALLINDER, Torbjörn. When the Courts Go Marching In. In: TATE, C. Neal; TORBJÖRN, Vallinder. (Ed.). **The Global Expansion of Judicial Power**. Nova York: New York University Press, 1995, p. 13-26.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “Lei de quarentena” no Brasil. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 1, 2020, p. 102-138.

VERBICARO, Loiane Prado. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, jul./dez, 2008, p. 389-406.

VERBICARO, Loiane Prado. **Judicialização da política, ativismo e discricionariedade judicial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.