

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DIANTE DE CRISE SANITÁRIA: COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

PUBLIC POLICIES FOR PREVENTION IN THE FACE OF HEALTH CRISIS: MUNICIPAL COMPETENCIES AND THE PRINCIPLE OF INTEGRALITY

Ensaio Teórico

Márcia Luciana dos Santos Potiguar¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8225-4992>

Renata Holanda Azevedo²

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

RESUMO

A pandemia de COVID-19, além do grave problema sanitário, também pôs à prova as respostas tradicionalmente dadas pelo Estado para enfrentar o problema da assistência à saúde. As estratégias de controle da pandemia conforme as diretrizes preceituadas pela Organização Mundial de Saúde recomendavam o isolamento social, pelo que diversas medidas restritivas tiveram que ser tomadas para dar cumprimento a essas diretrizes; todavia, a efetividade dessas medidas está diretamente associada ao Poder de Polícia local, constitucional e tradicionalmente exercido pelos Municípios. Esses por sua vez – que já sofrem com a escassez de recursos repassados pelos outros entes federados – tendem a ficar sobrecarregados com o novel incremento das ações de vigilância epidemiológica que passou a exigir uma demanda nunca antes vista. Os repasses para enfrentamento à crise sanitária, se não eram poucos, tinham pouca ou nenhuma margem de discricionariedade para que o gestor pudesse aplicá-las conforme suas necessidades locais, inclusive em ações de efetivação do poder de polícia. Esse trabalho propõe investigar se essa divisão de competências é compatível com o Princípio da Integralidade do SUS, seguindo-se nesse caminho investigatório a checagem da hipótese de que o Princípio da Integralidade do SUS, poderá, à luz da teoria do Direito como Integridade de Ronald Dworkin, justificar o afastamento das regras que eventualmente imponham maior rigidez à aplicação dos recursos de combate à COVID-19 sempre que a aplicação da regra for empecilho à consecução de uma regra social de equidade e justiça.

Palavras-chave: Direito à saúde. Pandemia. Competências Federativas. Princípio da Integralidade.

Abstract

The COVID-19 pandemic, in addition to the serious health problem, also tested the responses traditionally given by the State to face the problem of health care. The pandemic control strategies in accordance with the guidelines established by the World Health Organization recommended social isolation, so that several restrictive measures had to be taken to comply with these guidelines; however, the effectiveness of these measures is directly associated with the local Police Power, which is constitutional and traditionally exercised by the Municipalities. These in turn – who already suffer from the scarcity of resources transferred by other federated entities – tend to be overwhelmed by the new increase in epidemiological surveillance actions, which started to demand a demand never seen before. The transfers to face the health crisis, if they were not few, had little or no margin of discretion so that the manager could apply them according to their local needs, including in actions to effect the police



Copyright (c) 2025 Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

¹Doutor em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Docente do curso de Direito da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral. Ceará. Brasil

²Advogada. Especialista em Direitos Sociais com ênfase em Direito e Processo Previdenciário. Graduada em Direito pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza. Ceará. Brasil.

power. This work proposes to investigate whether this division of competences is compatible with the Principle of Integrality of the SUS, following on this investigative path the verification of the hypothesis that the Principle of Integrality of the SUS may, in light of Ronald's theory of Law as Integrity Dworkin, justify the departure from the rules that eventually impose greater rigidity in the application of resources to combat COVID-19 whenever the application of the rule is an obstacle to the achievement of a social rule of equity and justice.

Keywords: Right to health. Pandemic. Federative competences. Principle of Integrality.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, por certo, irá marcar a história da humanidade não somente pelo grande número de óbitos que ocasionou, mas certamente pela intensa trepidação que causou às estruturas de Estado, em todas suas áreas. Essa crise nos fez repensar sobre a efetividade das respostas tradicionais que o Estado tem oferecido aos seus cidadãos, e refletir sobre novas possibilidades, novas arquiteturas institucionais e até novos arranjos e interpretações dos institutos jurídicos, tudo para tentar dar conta dos problemas de diversas ordens que foram deflagrados ou agravados com a pandemia de COVID-19.

Verificamos que, afora o grave problema de saúde, foi necessário um considerável incremento das ações estatais em praticamente todas as áreas de atuação para o enfrentamento do grave problema social que veio carreado ao problema sanitário. Verificou-se importante problema econômico com a perda de renda das famílias, desemprego e aumento da inflação; graves problemas na educação – que teve que se reinventar para se adaptar às novas realidades de isolamento social – enfim, praticamente todas áreas da vida social sofreram consideráveis impactos, exigindo do Estado (e do Direito) um remodelamento urgente e necessário para conseguir atender às novas demandas.

Inegavelmente, é de se dizer que, no epicentro da crise, encontrava-se um problema de saúde pública. Todavia, cabe-nos indagar sobre a forma como o Estado deverá olhar para esses múltiplos desafios: tratam-se de várias crises (sanitária, econômica, social etc) ou de uma crise sanitária com múltiplos efeitos?

Essa pergunta parece fundamental para a compreensão da natureza da resposta do Estado para a tratativa desses problemas, se deveria atuar de forma particular e isolada em cada âmbito da vida social em crise ou se deveria ter tratado o problema, sobretudo, como uma crise sanitária e, como tal, dado resposta aos novos e multifacetados desafios de forma articulada e coordenada com as políticas sanitárias.

A segunda opção certamente é a que mais parece se alinhar com as exigências do art. 198, inciso II da Constituição Federal, que estabelece o Princípio da Integralidade. Esse princípio determina que a ampliação do alcance e consecução de maior efetividade às políticas públicas de saúde pode depender, muitas vezes, tão-somente de um realinhamento da visão do gestor, a fim de que ele exerça o olhar para a coisa pública de uma forma plural, transdisciplinar (Bussinguer; Gomes, 2020. p. 430).

Siqueira e Bussinguer (2010, p. 262) afirmam que o princípio da integralidade nos impele a pensar as ações de saúde sob uma perspectiva mais abrangente, articulando diferentes políticas públicas com vistas a alcançar efeito sinérgico para a resolução de situações complexas e melhor atender às demandas sociais.

Porém, esse exercício de pluralidade na visão do gestor público é exigência das mais difíceis, e, com as situações postas na pandemia de COVID-19, pareceu redobrado o grau de dificuldade.

Como se sabe, a crise sanitária decorrente da Pandemia de COVID-19 reclamou do Poder Público uma grande demanda de assistência à saúde, chegando, em alguns locais do país, inclusive, a colapsar o Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas eficazes de prevenção focadas no isolamento social são fundamentais para descongestionar a demanda por assistência à saúde, segundo as diretrizes da OMS. No entanto, a execução dessas políticas de prevenção depende fundamental e tradicionalmente do exercício do poder de polícia local que, constitucionalmente, cabe aos Municípios.

A proibição de aglomerações de pessoas e de funcionamento de estabelecimentos, o uso de máscara, a restrição de circulação de pessoas em determinados locais e horários, toque de recolher, dentre outras tantas medidas que foram tomadas para minimizar o risco sanitário; para a sua eficácia, dependem, além da conscientização da população, de uma estrutura logística de fiscalização que, no caso, tradicional e juridicamente é executada pelos Municípios, no exercício de seu poder de polícia.

O Direito à saúde, por sua vez, sendo de competência concorrente de todos os entes federados (art. 23, II da CF/88), tem sua assistência organizada regionalmente, e não (apenas) de forma local (no âmbito do município), como estabelece a Lei No. 8.080/90. Sob essa sistemática, os cidadãos quem eventualmente necessitem de atendimento hospitalar, geralmente, são encaminhados para hospitais de referência, em outros municípios.

Logo, pode-se concluir, *a priori*, que a deficiência ou omissão na execução de ações de prevenção – que tradicionalmente se dá em nível municipal mediante o exercício do poder de polícia – pode interferir na oferta da assistência hospitalar em toda a região na qual está inserido o Município.

Noutras palavras é dizer que o poder de polícia local ligado às ações de prevenção, se dá em nível municipal (local), enquanto a assistência à saúde (hospitalar) em nível regional. Diante desse estado de coisas e aparente paradoxo na estrutura do pacto federativo – que parece sugerir um não favorecimento à promoção da saúde como Direito de cidadania – perguntamo-nos se a estrutura do pacto federativo, notadamente no que pertine à repartição de competências referentes ao exercício do poder de polícia (ações preventivas), é compatível com o Princípio Constitucional da Integralidade.

Como hipótese levantada a responder o questionamento acima, propomos uma visão da problemática sob a ótica do Direito como sendo uma técnica interpretativa, notadamente à luz da teoria do Direito como integridade de Ronald Dworkin para o qual a realidade social demonstrada por um princípio que revele alto conteúdo moral de justiça e equidade pode afastar a aplicação da norma e, portanto, potencializando o alcance de um sistema de saúde mais justo.

O PROBLEMA DAS COMPETÊNCIAS FEDERATIVAS EM SAÚDE

O problema da presente investigação se situa precisamente na intensa crise sanitária ocasionada pela pandemia de COVID-19 que, dentre os inúmeros impactos que gerou, está o tensionamento de várias estruturas do Estado, notadamente entre os entes federativos no que diz respeito às suas competências. No olho desse furacão se encontrou a prestação dos serviços de saúde e, especificamente, a vigilância epidemiológica.

A Constituição Federal, no art. 23, inciso II, estabelece ser competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o cuidado com a saúde e assistência pública.

Importante destacar que a Constituição Federal, na sua missão de organizar a estrutura do Estado Brasileiro, atribuiu aos entes federados a missão de *cuidar* (essa é a letra da lei) da saúde da população, sugerindo, portanto, que a diretriz geral desse sistema não é simplesmente a prestação de um Direito à saúde que tenha um foco somente na doença, mas um *cuidado* com a saúde, termo que, por si só, revela uma ideia de prevenção, zelo, atenção e empatia; reclamando ações em um contexto integralizante: antes, durante e depois da doença. É exatamente nesse contexto que se insere a vigilância epidemiológica.

No seu art. 30, inciso VII, a Carta Magna atribui aos Municípios a competência para prestar atendimento de saúde da população, cuidando a Lei No. 8.080/90, no seu art. 18, inciso IV, "a", de atribuir aos Municípios a execução de ações relativas à vigilância epidemiológica.

Pois bem, da leitura dos dispositivos acima e de toda a estrutura da Lei do SUS – e da Constituição Federal – depreendemos claramente que a formatação do nosso sistema de saúde se dá no sentido de que a prestação dos serviços seja realizada diretamente pelos Municípios, ficando a atuação da União e dos Estados da federação mais ligada a ações de fiscalização, planejamento e coordenação, bem como de auxílio financeiro.

No caso específico da competência para execução de ações de vigilância epidemiológica, a arquitetura da Lei do SUS aponta para que as ações de vigilância sejam executadas precipuamente pelos Municípios, porém, em caráter *complementar* pelos Estados (art. 17, inciso IV, "a"). À União Federal (art. 16, inciso III, "c"), em matéria de vigilância epidemiológica, cabe somente a coordenação e o planejamento, sendo certo que a Lei No. 14.141 de 19 de abril de 2021 passou a admitir a possibilidade de que, em situações excepcionais, também possa a União executar ações de vigilância epidemiológica de forma *suplementar*, preenchendo uma lacuna que foi extremamente

esgaçada na pandemia de COVID-19.

Essa formatação se alinha com a forma de organização da federação brasileira que fez a opção política de estabelecer as competências segundo o Princípio da Predominância do Interesse. A esse respeito, colacionamos o posicionamento do Min. Alexandre de Moraes quando de seu voto na ADI 6341-DF (BRASIL, 2020) que, ao posicionar-se contra a pretensão a disposição do § 9º do art. 3º da Lei 13.979/2020, afirmou que:

Não é possível que, ao mesmo tempo, a União queira ter monopólio da condução administrativa da pandemia nos mais de 5 mil Municípios. Isso é absolutamente irrazoável. Como não é possível também que os Municípios queiram, a partir de uma competência comum estabelecida pela Constituição, tornarem-se repúblicas autônomas dentro do próprio Brasil, fechando os seus limites geográficos, impedindo a entrada de serviços essenciais. Não é isso que a Constituição estabelece (BRASIL, 2020).

No julgamento acima, o Supremo Tribunal Federal deu interpretação conforme a Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979/2020 para atribuir competência ao Governo Federal para dispor sobre atividades essenciais e serviços públicos, preservando-se a competências dos Estados e Municípios (BRASIL, 2020).

Não obstante a discussão acima – e a tentativa do Governo Federal durante a pandemia de COVID-19 de assumir o controle “absoluto” sobre o funcionamento de atividades e serviços – o que se percebe é que o pesado ônus da execução das ações de vigilância epidemiológica recaiu inegavelmente sobre a responsabilidade municipal.

É que, com a pandemia de COVID-19, os Estados e Municípios se viram obrigados a adotar uma série de medidas restritivas como o isolamento social, uso de máscaras, uso do álcool em gel, chegando-se até a medidas mais drásticas como a decretação do toque de recolher, por exemplo. Essas medidas, inseridas dentre as ações de vigilância epidemiológica, passou a exigir dos Municípios, sobretudo, um grande arcabouço logístico para a fiscalização do cumprimento dessas medidas, expondo a céu aberto uma grave deficiência dos municípios brasileiros.

O exercício do Poder de Polícia local para fechar estabelecimentos, restringir a circulação de pessoas em determinados horários, realizar barreiras sanitárias, fiscalizar a adoção dos protocolos sanitários, ao fim e ao cabo, recaiu sobre a competência municipal. Isso é fato. No entanto, verificamos que os municípios brasileiros detêm uma estrutura administrativa deficitária, com poucos recursos humanos, estruturais e financeiros para o exercício adequado desse Poder de Polícia (BRASIL, 2020).

Não se pode ignorar que o Município é o ente da federação mais próximo do povo e a quem ele recorre assim que necessita do aparato estatal. É, todavia, o elo mais fraco da corrente, na medida em que suporta grande parte do ônus da ação prestacional do Estado, sofrendo, no entanto com uma injusta distribuição dos recursos orçamentários. Vivem os municípios, na sua imensa maioria, de repasses da União e dos Estados, já que se tratam, nas mais das vezes, de

pequenos centros urbanos, e, por isso, não têm uma arrecadação própria com valores importantes (BRASIL, 2021).

No período da pandemia de COVID-19, os repasses federais foram fundamentais para que se pudesse prestar os serviços de saúde no âmbito do SUS a nível municipal, haja vista a extrema fragilidade dos recursos repassados para os níveis Estaduais e Municipais (FERNANDES e PEREIRA, 2020).

Essa dificuldade orçamentária se revelou um grande problema para a execução do Poder de Polícia no âmbito dos municípios, seja pela insuficiência dos recursos repassados, seja pela rigidez imposta na sua aplicação.

A insuficiência ou escassez de recursos repassados, ocasionada muitas vezes pela deficiência de critérios técnicos precisos na definição dos repasses, acabaram por dar maior protagonismo às verbas oriundas de emendas parlamentares, cujo critério é eminentemente político e não leva em conta aspectos populacionais ou de demanda por saúde (FERNANDES e PEREIRA, 2020). Ou seja, os recursos repassados aos municípios para combate à pandemia de COVID-19 foram insuficientes e mal distribuídos.

Não se olvide que a insuficiência de recursos, de forma geral, é problema crônico do SUS e decorre, em boa medida, de uma deficiência estrutural histórica, ocasionada não propriamente pela arquitetura legal do sistema, mas pelas práticas burocrático-administrativas de governo, que tem afetado visceralmente o sistema desde há muito tempo.

Contudo, mesmo diante das dificuldades orçamentárias, Vieira e Servo (2020, P. 109) registram que até meados da década verificou-se que a trajetória do papel de coordenação federativa do SUS pela União revelava uma construção assentada em forte atuação federal, com a indução de implantação de programas e serviços por meio da transferência de recursos.

No entanto, viu-se grave modificação desse cenário quando do recrudescimento de uma agenda neoliberal pelo Governo Federal, que resultou em um processo de distanciamento da União do seu papel de dirigente nacional do sistema com a consequente fragilização dos mecanismos de coordenação do SUS. Esse processo teria sido acelerado pela pandemia de COVID-19 com uma deliberada fragilização dos mecanismos de coordenação do governo federal (VIEIRA; SERVO, 2020).

Ou seja, no momento da pandemia de COVID-19 – situação de excepcionalidade, que requeria a adoção de medidas extremas, quiçá, para conter o problema – o Governo Federal acelerou ainda mais o processo de distanciamento dos Municípios, adotando postura diametralmente oposta a que dele se esperaria.

A postura do Governo Federal durante a pandemia de COVID-19 caminhou no sentido de tentar impedir que Estados e Municípios exercessem suas competências na adoção de medidas e políticas públicas de enfrentamento ao problema sanitário, tendo o Supremo Tribunal Federal – conforme mencionamos anteriormente – asseverado que a Lei No. 13.979/2020 adveio da competência própria da União para legislar sobre vigilância epidemiológica, entretanto, isso não

afastaria a necessidade de se resguardar a competência concorrente dos demais entes federados na tomada de providências normativas e administrativas em relação aos serviços de saúde (SOUZA, 2021. P.128).

Não bastasse a flagrante acefalia na coordenação das ações de vigilância sanitária pelo distanciamento do Governo Federal dos demais entes federados, bem como a escassez orçamentária dos repasses para fazer frente às ações de combate à pandemia de COVID-19, é de se verificar que os repasses nesse período de pandemia oriundos do Governo Federal aos municípios se submetiam a um indesejável engessamento das rubricas orçamentárias, ou seja, quase nenhuma discricionariedade detinha o gestor municipal acerca de como gastar as verbas repassadas para enfrentamento à pandemia, notadamente não para usá-las a seu bel prazer, mas para adequar a aplicação das verbas às necessidades locais. Nesse sentido citamos Fernandes e Pereira (2020, pp.600-601):

A ausência de discricionariedade trouxe dificuldades para a gestão dos recursos no enfrentamento da COVID-19, que foram mitigadas apenas com a edição da Portaria n. 828 (2020), em 17 de abril de 2020. Na fase inicial do combate à pandemia, era expressamente vedado o uso de recursos recebidos no bloco de custeio para adequação da estrutura já existente, devendo qualquer modificação necessária ser paga com montantes do bloco de investimento. A título de ilustração, com os recursos recebidos do governo federal, os governos subnacionais podem adquirir equipamento de proteção individual, como luvas, máscaras. No entanto, por meio dos recursos do Bloco de Manutenção, não é permitida a compra de novas camas hospitalares, de bomba de infusão para uso com os respiradores, nem de monitor cardíaco, eletrocardiógrafos, dentre outros itens, mesmo que necessários. A análise, por exemplo, do portal de dúvidas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems, 2020) indica a recorrência da solicitação de esclarecimentos neste sentido. Portanto apenas após meados de abril, com a edição da referida portaria, tais dificuldades foram mitigadas.

Se a discricionariedade era restrita para fins de alocação de recursos destinados a aquisição de novos equipamentos, custeio e manutenção – tal qual consta do exemplo acima narrado –, discricionariedade nenhuma existia ao gestor para alocar recursos destinados ao combate à pandemia para incrementar as ações de vigilância epidemiológica, assim entendidas não somente as ações tradicionalmente caracterizadas como tal, mas todas aquelas ligadas ao exercício do Poder de Polícia local que precisaram ser incrementadas com a pandemia (contratação temporária de novos fiscais, pagamentos de diárias e horas-extras de servidores, guardas municipais, defesa civil etc.).

Caso emblemático revelando essa rigidez orçamentária foi o julgamento das Contas de Governo do Estado do Ceará junto ao Tribunal de Contas do Estado quando, analisando as contas, o TCE-CE verificou que o Governo aplicou repasses federais destinado ao combate à pandemia para pagamento de folha de pessoal. Embora tenha o Tribunal ao final julgado regulares as contas de governo (com ressalvas), houve debate entre alguns conselheiros no sentido de que o pagamento de folha de pessoal não é medida que tende a mitigar os efeitos da pandemia e que, portanto, teria

ocorrido desvirtuamento da destinação da verba (BRASIL, 2020).

O fato é que ao compulsar a estrutura das competências administrativas, verificamos que a execução das ações de vigilância epidemiológica – assim entendidas todas as que decorram do Poder de Polícia dos municípios na fiscalização e garantia de cumprimento das medidas sanitárias de combate à COVID-19 – recaem sobre a responsabilidade municipal, expondo as entranhas da deficiência de logística e de pessoal das prefeituras municipais e uma extrema dificuldade orçamentária para a superação dessas dificuldades, seja pela insuficiência dos recursos repassados, seja pela rigidez das rubricas orçamentárias que fornecem pouco ou nenhum grau de discricionariedade ao gestor público.

DA INTEGRIDADE À INTEGRALIDADE

Não se pode negar que o Direito brasileiro sofre grande influência do positivismo jurídico ainda nos dias de hoje. Não obstante as diversas correntes de pensamento que o sucederam e as diversas críticas que lhe tenham sucedido, verificamos que o pensamento jurídico brasileiro, sobretudo, ainda continua a beber fortemente no pensamento positivista, incorporando fortemente seus postulados e estruturas de raciocínio. Mais que isso, diz que, por aqui, o paradigma jurídico prevaiente ainda se dá sob bases do positivismo legalista apoiado no exame dogmático de textos legislativos (SOUZA CRUZ, 2006. p. 02).

O pensamento positivista, não obstante as várias expressões que assume, tende a partir da premissa de que o Direito é um dado e, por isso, necessitamos, através da interpretação, encontrar o seu real sentido. É dizer que existe um “Direito certo” e que nós, através da interpretação, deveremos encontrar esse sentido correto. Para os positivistas, o Direito é, pois, um dado e os problemas de interpretação são decorrentes da abertura da linguagem.

Essa concepção parece reforçar as dificuldades reportadas no tópico anterior, sobretudo no que pertine às dificuldades orçamentárias experimentadas no âmbito do município. As diversas dificuldades decorrentes da escassez no repasse de recursos e da minúscula margem de discricionariedade do gestor municipal para fazer frente às ações de vigilância epidemiológica, parecem ter no seu nascedouro uma forte concepção positivista, extremamente ligada à legalidade e a uma concepção pré-concebida do quê seria o “Direito certo”.

O pensamento de Ronald Dworkin percebe o Direito como uma integridade, rompendo com essa lógica positivista para afastar o Direito como sendo algo que possa ser descoberto de antemão e objetivamente pelo intérprete através de uma regra de conhecimento. O Direito, para Dworkin, seria um conceito interpretativo, absolutamente distinto e incompatível com a tradição positivista (OMMATI e COURA, 2020).

Dworkin trabalha em sua teoria – crítico à perspectiva positivista – a noção de princípios e regras, segundo a qual essa última pode ser identificada sobre uma lógica binária de interpretação

(lícito ou ilícito; tudo ou nada; sim ou não), ao passo que os princípios seriam normas fundantes, decorrentes de um padrão que deve ser observado por ser uma exigência de justiça, equidade ou alguma outra dimensão da moralidade (DWORKIN, 2010. p. 36).

Dessa forma, o Direito se revelaria numa dimensão interpretativa, segundo a qual o juiz não seria somente um exímio conhecedor da lei, aplicando-a de forma mecânica através de uma técnica de subsunção na qual imperam preponderantemente os recursos linguísticos. O juiz deveria aplicar o Direito conhecendo (e reconhecendo) uma prática social amplamente aceita e fundada nos princípios.

No caso de uma eventual colisão de regras e princípios, é preciso a destreza do juiz para analisar quem aponta para a existência de um Direito consolidado pelas práticas sociais, se a regra ou o princípio.

Temos que o pensamento de Dworkin traz importantes reflexões para a resolução dos problemas ora reportados, contribuindo, inclusive, para a consolidação do Princípio da Integralidade do SUS.

Não se pode deixar de perceber que o Princípio da Integralidade, previsto no art. 198, inciso II da Constituição Federal de 1988, adquire fundamental importância na identidade do Sistema Único de Saúde, não somente por deter índole constitucional (critério hierárquico), mas por refletir verdadeiramente um anseio social, absolutamente alinhado com os ideais de justiça e de equidade, parecendo pertencer a uma lógica fundante do Estado brasileiro (a saúde como um Direito de cidadania).

Esse princípio assume diversas feições conceituais. O comando constitucional da Integralidade emana em várias linhas: adoção de práticas de boa medicina que considerem o paciente e o seu sofrimento em sua perspectiva total (expressão da dignidade humana), não reduzida, portanto, ao trato biológico; necessidade de superação da fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde, desenvolvendo-se protocolos e ações articuladas para a atenção integral ao paciente; e à necessidade de consecução de políticas públicas articuladas em sinergia com outras áreas para dar respostas a determinado problema de saúde que assale certo grupo populacional (PINHEIRO, 2008).

Reforçando a ideia de que o Princípio da Integralidade reflete, realmente, esse valor consubstanciado numa prática social, nos chama especial atenção a conceituação firmada a partir da perspectiva histórica – como fruto de intensa luta de diversos segmentos da sociedade –, do Princípio da Integralidade do SUS como sendo uma categoria para além de um “mero” princípio constitucional, mas verdadeiramente uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um conjunto de características do sistema de saúde e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, por se relacionarem com um ideal de justiça e solidariedade social (MATTOS, 2009. p. 45).

O Princípio da Integralidade, portanto, conclama o gestor a um olhar múltiplo, transdisciplinar. A maior efetividade das políticas públicas de saúde depende fundamentalmente da calibragem desse olhar – tradicionalmente monocular – para um olhar plural.

A pandemia de COVID-19 esgaçou a estrutura das competências administrativas exigindo dos municípios um ônus muitas vezes extremamente pesado no exercício do seu Poder de Polícia para fazer frente à fiscalização e cumprimento das medidas restritivas de vigilância epidemiológica, à míngua, contudo, de recursos orçamentários para tal. É dizer que os (parcos) recursos recebidos pelos municípios para enfrentamento à crise sanitária – enviados muitas vezes ao arrepio de critérios técnicos, privilegiando critérios políticos e eleitoreiros – gozavam de uma estreita margem de discricionariedade.

Essas regras rígidas na execução orçamentária desses recursos, afiguram-se nas mais das vezes absolutamente conflitantes com o Princípio da Integralidade.

É que somente uma visão monocular do Direito à Saúde consegue compreender que contratação de pessoal, custeio de atividades de guardas municipais e dos órgãos de trânsito, por exemplo, e tantas outras áreas de atuação do Estado utilizadas para fazer frente às ações de fiscalização e repressão às medidas restritivas tomadas na pandemia não possam ser associadas ao Direito à Saúde, mormente no contexto da pandemia de COVID-19.

À luz princípio da integralidade, não se pode pensar como vigilância epidemiológica somente as ações tradicionalmente classificadas como tal, a exemplo da coleta e envio de informações acerca de doenças. Todas as ações desempenhadas no afã de fiscalizar e cumprir as medidas restritivas de liberdade e de isolamento social devem ser compreendidas como medidas de vigilância epidemiológica, atraindo, portanto, a aplicação de recursos da saúde. A contratação (temporária) de pessoal, pagamento de horas-extras e adicionais, são algumas medidas que nos parecem atrair a aplicação de recursos da saúde destinados ao enfrentamento da crise sanitária.

As regras, portanto, que determinam de forma demasiado restritiva a aplicação das verbas destinadas ao combate à pandemia, tolhendo do gestor a dose de discricionariedade de aplicá-la segundo a necessidade local, parece-nos colidir com o Princípio da Integralidade e, por conseguinte, com uma ideia de Justiça Social, razão pela qual, a partir da noção de integridade preceituada por Dworkin, deveriam ser afastadas essas regras.

Por óbvio que não se quer invalidar as regras orçamentárias, tampouco abolir os limites impostos pelo legislador ordinariamente para aplicação das verbas públicas de saúde; mas não se pode admitir que o cumprimento das regras possa obstar a consecução de um objetivo/finalidade constitucional seja alcançado com maior eficácia.

Logo, a depender da situação em concreto, pensamos possível que, sob o fundamento de levar a todos um sistema de saúde que possa ser tanto mais integral quanto possível, se possa utilizar verbas destinadas ao combate à COVID-19 para o custeio de atividades ligadas ao exercício

do Poder de Polícia municipal.

Afinal, a ineficiência das medidas restritivas, não obstante se dê no âmbito do município, tem potencial para extrapolar os limites da municipalidade e colapsar regionalmente todo o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos perceber ao longo desse trabalho, a estrutura das competências administrativas conferidas aos entes federados, se comparada com o sistema de financiamento da saúde e dos repasses para custeio das ações de combate à pandemia de COVID-19 aos municípios, revela uma grave incongruência. Ao passo em que as competências da União e dos Estados se resumem, nas mais das vezes, em competências complementares ou suplementares, a maior parte da execução de ações em vigilância epidemiológica coube aos Municípios que, na última ponta da assistência à população, sofreu com um estrangulamento orçamentário, já que teve que incrementar ações não-típicas de vigilância epidemiológica como, por exemplo, as ações concernentes à aplicação das medidas de isolamento social e afins.

Uma série de ações executadas pelos municípios em vigilância epidemiológica passam ao largo de forma absoluta invisível aos demais entes da federação, que não forneceram qualquer ajuda de custeio para o desempenho de tais atividades. Ficaram, pois, os municípios, sobretudo, com o encargo de exercer as diversas ações fiscalizatórias e repressivas no cumprimento de um Poder de Polícia local com vistas a dar efetividade às medidas de restrições sanitárias, mas nenhuma ajuda recebeu para bem desempenhar essas funções.

Essa prática social expõe as entranhas da nossa arquitetura jurídica das competências dos entes federados, revelando graves disparidades e a necessidade de que se busquem formas alternativas e heterodoxas, até, para dar conta de problemas sanitários, como os que foram evidenciados com a pandemia de COVID-19.

O Princípio da Integralidade do SUS nos fornece um conteúdo de justiça social para uma compreensão mais ampla do quê seria Direito à saúde, permitindo-nos pensar a saúde sob uma perspectiva transdisciplinar, perpassando todas as áreas da gestão pública. Assim sendo, esse princípio, ao refletir esse forte conteúdo de justiça e equidade, e considerando a Teoria do Direito como Integridade de Dworkin, evidencia um ideal a ser buscado na sociedade brasileira, não se podendo admitir que, eventualmente, a rigidez das normas jurídicas (regras) orçamentárias sejam empecilhos para o atingimento dessa finalidade.

É dizer que, à luz da teoria dworkiniana, a percepção do direito sob uma perspectiva integral fornece-nos o substrato teórico para o afastamento das rígidas regras orçamentárias que vinculavam recursos a gastos com saúde sob uma perspectiva tradicionalista, permitindo-nos

ampliar o leque interpretativo convencional para conceber como gastos em saúde tantas outras atividades que guardassem afinidade com atividades de combate à pandemia de COVID-19, como, por exemplo, gastos com pessoal, folhas de pagamento, com atividades de isolamento social e fiscalização do cumprimento de normas de restrição de liberdade, e demais ações de Poder de Polícia.

Nesse conflito entre regra e princípio, a depender do caso concreto e mediante uma verificação criteriosa, é possível ao jurista afastar a aplicabilidade dessas regras orçamentárias, conferindo maior flexibilidade ao gestor público na aplicação dessas verbas, sempre que se puder verificar, no caso concreto, que o afastamento da regra pelo Princípio da Integralidade refletirá uma maior eficácia ao direito à saúde, obedecendo a um postulado justiça social que aponta para um sistema de atenção à saúde como um efetivo direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso. *Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. . *Proporção de municípios com Guarda Municipal armada sobe para 22,4%*. 2020. Por Umberlândia Cabral. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29570-proporcao-de-municipios-com-guarda-municipal-armada-sobe-para-22-4>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Infraestrutura. *Municipalização - DENATRAN*. 2020. Disponível em: <https://infraestrutura.gov.br/municipizacao.html>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. *Portaria nº PR-268, de 26 de agosto de 2021*. Divulgar as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2021 para os fins previstos no inciso VI do Art. 1º da Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992. Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-pr-268-de-26-de-agosto-de-2021-341037196>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Referendo em Medida Cautelar em Ação Direta da Inconstitucionalidade nº ADI 6341. Relator: Ministro Edson Fachin. Brasília, DF, 12 de novembro de 2020. *Diário da Justiça Eletrônico*.

BRASIL. Tribunal de Contas do Estado do Ceará. *Acórdão nº PROCESSO N.º: 01236/2021-0, Julgamento das Contas de Governo do Exercício 2020*. Responsável: Camilo Sobreira de Santana. Relator: Conselheiro Rholden Queiroz. Fortaleza, CE, 31 de agosto de 2021.

BUSSINGUER, E.C.A.; GOMES, R.L.F. ACIDENTES DE TRÂNSITO E SAÚDE PÚBLICA:: em busca de caminhos para a consolidação do princípio da integralidade no sistema único de saúde. In: BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; TRAMONTINA, Robison; LORENZETTO, Bruno Meneses

(org.). *DIREITOS FUNDAMENTAIS E DEMOCRACIA*. Vitória: Fdv Publicações, 2020. Cap. 13. p. 429-467. Disponível em: <http://repositorio.fdv.br:8080/bitstream/fdv/945/1/Livro%20Direitos%20Fundamentais%20e%20Democracia%20web%20-%20vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

COURA, A.C.; OMMATI, J. E. M. (2020). Problemas da teoria das fontes do Direito à luz da ideia de Direito como integridade de Ronald Dworkin. *Revista De Direitos E Garantias Fundamentais*, v. 21, n. 3, 311-336. <https://doi.org/10.18759/rdgf.v21i3.1814>

DWORKIN, Ronald. *Levando os Direitos a sério*. Tradução Nelson Boeira. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FERNANDES, G.A.A.L.; PEREIRA, B.L.S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública [online]*. 2020, v. 54, n. 4 [Acessado 7 Setembro 2021] , pp. 595-613. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220200290> <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290x>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1982-3134. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade:: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/ims/uers/abrasco, 2009. p. 43-68.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade [online]*. 2017, v. 26, n. 2 [Acessado 8 Setembro 2021] , pp. 329-335. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de saúde:: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/ims/uers/abrasco, 2009. p. 69-116.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: ISABEL BRASIL PEREIRA (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 255-262.

SIQUEIRA, M.P.; BUSSINGUER, E.C.Azevedo. A SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO DIREITO DE CIDADANIA:: uma dimensão da integralidade regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, Vitória, n. 8, p. 253-309, 23 jun. 2010. Semanal.

SOUZA CRUZ, Á.R. *Habermas e o Direito Brasileiro*. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2006.

UCHOA, M.R. *A FRAGILIDADE DA MUNICIPALIDADE NO PACTO FEDERATIVO: o espaço político no brasil - um estudo do poder local em nova mamoré-RO*. 2015. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Geografia, Geografia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/294854231.pdf>. Acesso em: 01 ago.

2021.

VIEIRA, F.S.; SERVO, L.M.S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 100-113, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e406>.

SOUZA, H.A. A repartição constitucional de competências federativas em matéria de saúde em tempos de covid-19: cada um por si e todos contra o vírus. *Revista Interdisciplinar do Direito - Faculdade de Direito de Valença*, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 114, 5 jul. 2021. Centro Universitario de Valenca. <http://dx.doi.org/10.24859/rid.2021v19n1.1086>.