

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
NÍVEL DE MESTRADO**

MARCOS ANDRÉ VIEIRA MELLER

**DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO
NORMATIVA EM SAÚDE DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER
LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC À LUZ DOS PRESSUPOSTOS
TEÓRICOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO**

**CRICIÚMA/SC
2022**

MARCOS ANDRÉ VIEIRA MELLER

**DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO
NORMATIVA EM SAÚDE DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER
LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC À LUZ DOS PRESSUPOSTOS
TEÓRICOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito (Nível de Mestrado), área de concentração Direitos Humanos e Sociedade, Linha de Pesquisa: Direito, Sociedade e Estado, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Lamy (Unisantia/SP)

CRICIÚMA/SC

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M525d Meller, Marcos André Vieira.

Direito fundamental à saúde : uma análise da produção normativa em saúde da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC à luz dos pressupostos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito / Marcos André Vieira Meller. - 2022.

188 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Direito, Criciúma, 2022.

Orientação: Reginaldo de Souza Vieira.

Coorientação: Marcelo Lamy.

1. Direito à saúde. 2. Estado Social e Democrático de Direito. 3. Políticas públicas. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Poder Legislativo Municipal - Criciúma (SC). I. Título.

CDD 23. ed. 362.1026

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

MARCOS ANDRÉ VIEIRA MELLER

**“DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO
NORMATIVA EM SAÚDE DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER
LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC À LUZ DOS PRESSUPOSTOS
TEÓRICOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO”**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma/SC, 28 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Coordenador adjunto do PPGD



Prof. Dr. Carlos Magno Spricigo Venério
(Membro externo - PPGJA/UFF/RJ)



Prof.ª Dra. Fernanda da Silva Lima
(Membro – PPGD/UNESC)



Prof. Dr. Antonio Carlos Wolkmer
Coordenador do PPGD

Dedico este trabalho aos meus pais, **Claudemir Meller** e **Nazaré Vieira**, por todo o amor, incentivo e dedicação despendida a mim, sendo, em toda a minha vida, meus maiores e melhores parceiros, incentivadores e orientadores.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela saúde a mim concedida durante toda a vida, possibilitando que eu pudesse correr (e continuar correndo) atrás de todos os meus objetivos. De igual modo, por guiar meus passos ao longo destes pouco mais de dois anos nos quais me dediquei ao Mestrado em Direito. Muitos foram os obstáculos e desafios. Porém, em nenhum momento sequer cogitei em desistir. Atualmente, chegando ao final desta importante etapa da minha trajetória acadêmica, constato que me tornei outra pessoa, com inúmeras evoluções pessoais e profissionais, comparado a quando ingressei no PPGD/UNESC, no início do ano de 2020.

Aos meus pais, Claudemir Meller e Nazaré Vieira. Sem dúvidas, os maiores parceiros, incentivadores e orientadores que tive e continuo tendo ao longos dos meus atuais 24 (vinte e quatro) anos de existência. Dispensam maiores palavras. Pai e mãe são sagrados! É um amor repíproco, sincero e incondicional!

Aos estimados professores do PPGD/UNESC. Todos muito competentes, dedicados e solícitos. Registro aqui meu verdadeiro agradecimento por todo o conhecimento partilhado. Espero, um dia, se Deus quiser, também poder transformar a vida de outras pessoas através dessa tão honrosa profissão que é a docência.

Especialmente, ao meu Professor Orientador, Dr. Reginaldo de Souza Vieira, também pesquisador e advogado com notório saber jurídico. Nunca hesitou em permitir que eu me “apropriasse” ao máximo do seu conhecimento, tanto através de suas aulas, quanto por meio das incontáveis reuniões e conversas que tivemos ao longo do curso. Aprendi muito durante todo esse período. Só tenho a agradecer, pela inquestionável dedicação e também pela compreensão e paciência nos momentos difíceis que enfrentei durante essa cansativa, mas recompensadora e transformadora etapa de minha vida. O estudo transforma o ser humano, pessoal e profissionalmente!

Aos professores membros da banca de qualificação: Professor Dr. Marcelo Lamy (meu Coorientador), Professora Dra. Fernanda da Silva Lima e Professor Dr. Francisco Pizzetti Nunes, que engrandeceram este trabalho com suas sugestões e considerações. Procurei acrescentar ao máximo neste trabalho os apontamentos feitos.

Agradeço, também, a todos os colaboradores do PPGD/UNESC e da própria Universidade em geral, principalmente do Curso em Direito, no qual sou egresso e, ao longo de cinco intensos anos (2015 a 2019), vivi grandes momentos da

minha vida. Foram cinco anos de graduação extremamente transformadores que, além da preparação jurídica, também me proporcionaram conhecer bons amigos e pessoas maravilhosas, principalmente no movimento estudantil, onde, com imensa honra, pude estar presidente do Centro Acadêmico de Direito Benedito Narciso da Rocha durante duas gestões (2016/2017 e 2017/2018). Devo à UNESC praticamente tudo o que já sou e também o que estou me tornando.

Não poderia deixar de mencionar, como forma de agradecimento e homenagem, um grande amigo que o Curso de Direito me trouxe, Professor Me. João Carlos Medeiros Rodrigues Júnior (*in memoriam*). Não se encontra mais em nosso meio, pois infelizmente acabou se tornando uma das tantas vítimas da pandemia. Porém, permanece guardado em meu coração, assim como nos corações das milhares de pessoas que o conheceram. Este, foi um amigo dedicado e leal!

Aos amigos que fiz e colegas que conheci ao longo do Mestrado em Direito. Todos grandes profissionais da área jurídica, nos quais aprendi muito. Faço alusão à ajuda recíproca e companheirismo do grupo, todos em busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional. Evidente que, quando ingressei na pós-graduação, nem sonhava que uma pandemia estaria prestes a assolar o mundo e, assim, obrigar que todas as aulas do Mestrado ao longo destes dois últimos anos fossem virtuais. Todavia, mesmo que remotamente, pude construir bons laços.

Aos grandes amigos que conheci durante a infância, adolescência ou início da face adulta, nos quais tenho a honra de cultivar até hoje. Sendo eles: André Felipe Belloli Freitas, Eduardo Gomes da Silva Rodrigues, Gabriel de Farias Uggioni, Gelson Albino Nascimento Júnior, Guilherme Zock Correa de Araújo Filho, José Carlos de Oliveira, José Oliveira de Magalhães, Luiz Augusto Nagel Hülse, Marco Antônio Rosso Filho e Vitor Moreira Tomasi. Muito me alegra tê-los por perto.

Por fim, a todos os que convivem comigo e que possuo carinho, bem como aos que já conviveram, mas, por um motivo ou por outro, este contato foi sendo reduzido ou até encerrado totalmente, ante a intensa rotina do dia a dia e os acontecimentos e transformações proporcionados pelas etapas da vida. Entendo que todas as pessoas que cruzam nosso caminho deixam algum legado ou ensinamento, por mais que, muitas vezes, não tenhamos a suficiente sensibilidade para assim perceber.

“Quem acredita, sempre alcança”

(trecho da música “Mais Uma Vez”, composta por Flávio Venturini e Renato Russo. Foi lançada em 1987, pela “banda 14 Bis”).

RESUMO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de forma inédita, trouxe as autonomias legislativa e material aos municípios. Especificamente quanto à competência legiferante em matéria sanitária, cabe aos entes federativos municipais “*legislar sobre assuntos de interesse local*” e “*suplementar a legislação federal e estadual no que couber*” (art. 30, I e II, da Constituição Federal de 1988). Portanto, observando e respeitando a repartição de competências legislativas constitucionais, a Constituição Federal de 1988 permite que os municípios, por meio de suas respectivas câmaras de vereadores, legislem sobre assuntos sanitários. Nessa senda, a problemática central deste estudo consiste em analisar se e de que forma os(as) vereadores(as) que exerceram o mandato legislativo na 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC atuaram no processo de formulação de normas legislativas que trataram da proteção e garantia do direito social fundamental à saúde, à luz do preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito. A hipótese da pesquisa consiste em analisar se o Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), foi ou não ativo quanto à responsabilidade constitucional de elaboração de normas legislativas em matéria de saúde, mantendo consonância, assim, com os fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito. O objetivo geral, em síntese, busca encontrar uma resposta adequada à problemática central. Para alcance do objetivo geral, foram formulados três objetivos específicos, que correspondem aos três capítulos da dissertação, quais sejam: compreender o Estado Social e Democrático de Direito institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e seus antecedentes históricos, bem como a possibilidade de concretização dos direitos sociais (prestações positivas) por meio de políticas públicas; analisar o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, construído através de ampla participação social, bem como entender como era a prestação das ações e serviços públicos de saúde no Brasil antes do SUS. Ainda, estudar os principais diplomas normativos (legislação constitucional e infraconstitucional) que regem o Sistema Único de Saúde no Brasil; abordar o contexto histórico, aspectos geográficos, perfil socioeconômico, estrutura do SUS e indicadores sanitários do Município de Criciúma/SC, analisando, por fim, a produção normativa em saúde do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), de modo a verificar se os agentes políticos atuaram ou não no processo de formulação de normas legislativas em matéria sanitária. Frisa-se que a pesquisa adotou dois marcos teóricos, sendo: as institucionalizações do Estado Social e Democrático de Direito e do Sistema Único de Saúde, ambas pela promulgação da Constituição Federal de 1988. O método de abordagem foi o dedutivo. Quanto ao método de procedimento optou-se pelo monográfico. Foram utilizadas técnicas de pesquisa bibliográfica, documental, legal e jurisprudencial. A dissertação é vinculada à área de concentração em “Direitos Humanos e Sociedade” e à linha de pesquisa em “Direito, Sociedade e Estado” do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - PPGD/UNESC, mostrando relevância e coerência para com o programa de mestrado, eis que engloba temáticas diuturnamente debatidas nas disciplinas e grupos de pesquisa, em especial no que tange o direito social fundamental à saúde.

Palavras-chave: Estado Social e Democrático de Direito. Poder Legislativo Municipal. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde. Direito Social Fundamental à Saúde.

ABSTRACT

The Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988, in an unprecedented way, brought legislative and material autonomy to the municipalities. Specifically regarding the legislative competence in sanitary matters, it is up to the municipal federative entities to “legislate on matters of local interest” and “supplement federal and state legislation as appropriate” (art. 30, I and II, of the Federal Constitution of 1988). Therefore, observing and respecting the division of constitutional legislative powers, the Federal Constitution of 1988 allows municipalities, through their respective city councils, to legislate on health matters. In this way, the central issue of this study is to analyze whether and how the councilors who exercised the legislative mandate in the 18th Legislature (2017/2020) of the Legislative Power of the Municipality of Criciúma/SC acted in the process of formulation of legislative norms that dealt with the protection and guarantee of the fundamental social right to health, in the light of what was advocated by the Social and Democratic Rule of Law. The research hypothesis is to analyze whether the Legislative Power of the Municipality of Criciúma/SC, during the 18th Legislature (2017/2020), was active or not regarding the constitutional responsibility for the elaboration of legislative norms in health matters, maintaining consonance, thus, with the theoretical foundations of the Social and Democratic State of Law. The general objective, in short, seeks to find an adequate answer to the central problem. To reach the general objective, three specific objectives were formulated, which correspond to the three chapters of the dissertation, namely: to understand the Social and Democratic State of Law institutionalized by the Federal Constitution of 1988 and its historical antecedents, as well as the possibility of realizing the rights social (positive benefits) through public policies; to analyze the process of institutionalization of the Unified Health System, built through broad social participation, as well as to understand how public health actions and services were provided in Brazil before the SUS. Also, study the main normative diplomas (constitutional and infra-constitutional legislation) that govern the Unified Health System in Brazil; address the historical context, geographic aspects, socioeconomic profile, SUS structure and health indicators of the Municipality of Criciúma/SC, finally analyzing the normative production in health of the Legislative Power of the Municipality of Criciúma/SC during the 18th Legislature (2017 /2020), in order to verify whether or not political agents acted in the process of formulating legislative norms in health matters. It should be noted that the research adopted two theoretical frameworks, namely: the institutionalization of the Social and Democratic State of Law and the Unified Health System, both by the promulgation of the Federal Constitution of 1988. The approach method was deductive. As for the method of procedure, the monographic method was chosen. Bibliographic, documentary, legal and jurisprudential research techniques were used. The dissertation is linked to the area of concentration in "Human Rights and Society" and to the line of research in "Law, Society and State" of the Graduate Program in Law of the Universidade do Extremo Sul Catarinense - PPGD/UNESC, showing relevance and coherence with the master's program, as it encompasses themes that are daily debated in disciplines and research groups, especially with regard to the fundamental social right to health.

Keywords: Social and Democratic Rule of Law. Municipal Legislative Power. Public policy. Health Unic System. Fundamental Social Right to Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACP	Ação Civil Pública
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADIs	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ALESC	Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
Art.	Artigo
Arts.	Artigos
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CES	Centro de Especialidades em Saúde
CF	Constituição Federal
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPC/2015	Código de processo Civil de 2015
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRFB/1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DATAPREV	Empresa de processamento de dados da Previdência Social
DDHC	Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão
DEM	Democratas

DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DOE	Diário Oficial Eletrônico
Dr.	Doutor
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
FUNABEM	Fundação Nacional de Assistência e Bem-Estar do Menor
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
Hab.	Habitante
Hmisc	Hospital Materno-Infantil Santa Catarina
HSJ	Hospital São José
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEAS	Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde
IMAS	Instituto Maria Schmitt
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INERu	Instituto Nacional de Endemias Rurais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Inspere	Instituto de Ensino e Pesquisa
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumir Amplo
km²	Quilômetro Quadrado
LADSSC	Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LC	Lei Complementar
LDO	Lei das Diretrizes Orçamentárias
LINDB	Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOM	Lei Orgânica Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MDB	Movimento Democrático Brasileiro
Me.	Mestre
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NUPED	Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDL	Projeto de Decreto Legislativo
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP	Partido Progressista
PPA	Plano Plurianual
PPGD	Programa de Pós-graduação em Direito
PR	Projeto de Resolução
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSL	Partido Social Liberal
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade

PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
Resp	Recurso Especial
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SC	Santa Catarina
SD	Solidariedade
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJSC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TRE-SC	Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina
TRF4	Tribunal Regional Federal da 4ª Região
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	22
2.1 Os antecedentes históricos do Estado Social e Democrático de Direito.....	23
2.2 As bases teóricas do Estado Social e Democrático de Direito e a sua inserção na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....	38
2.3 Os direitos fundamentais sociais e a sua concretização por meio das políticas públicas	44
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CRFB/1988.....	61
3.1 A Saúde vinculada ao Seguro Social: caráter contributivo e não universal.....	62
3.2 Sistema Único de Saúde: uma política pública de Estado a partir da construção e mobilização da sociedade.....	72
3.3 Direito social fundamental à saúde: legislação constitucional, infraconstitucional, princípios e diretrizes.....	78
3.3.1 Direito social fundamental à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....	81
3.3.2 Principais legislações infraconstitucionais em matéria de saúde.....	85
3.3.3 Princípios e diretrizes do SUS.....	95
4 A ATUAÇÃO DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC NA FORMULAÇÃO DE NORMAS LEGISLATIVAS QUE TRATAM DA GARANTIA DO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE, A PARTIR DO PRECONIZADO PELO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO.....	106
4.1 O Município de Criciúma/SC: contexto histórico, aspectos geográficos, perfil socioeconômico, estrutura do SUS e indicadores sanitários.....	109
4.2 O perfil dos(as) legisladores(as) da 18ª Legislatura (2017/2020) da Câmara Municipal de Criciúma/SC.....	118

4.3. A produção normativa em saúde da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC à luz dos fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito.....	135
5 CONCLUSÃO.....	158
6 REFERÊNCIAS.....	165

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de forma inédita, trouxe autonomia (material e legislativa) aos municípios brasileiros, através de seu art. 18, “caput”, ao dispor que *“a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”* (BRASIL, 1988).

Quanto à competência legislativa municipal, preconiza o art. 30, I e II, da CRFB/1988, respectivamente, que compete aos municípios *“legislar sobre assuntos de interesse local”* e *“suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”* (BRASIL, 1988).

Em relação à competência material, especificamente no que diz respeito ao direito social fundamental à saúde, dispôs a CRFB/1988, em seu inciso VII do art. 30, que compete aos municípios *“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”* (BRASIL, 1988).

Portanto, incontroversa é a existência das autonomias material e legislativa instituídas pelo Constituinte Originário aos municípios. Tal temática, inclusive, já foi abordada e referendada em diversas decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal.

Estabelecidas tais premissas, ressalta-se que o intuito da pesquisa é analisar se o Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC vem atuando nos últimos anos na formulação de normas legislativas na área da saúde, à luz do preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito. O marco temporal da pesquisa ficará restrito ao quadriênio que compreendeu a 18^a Legislatura do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC (2017/2020). Com efeito, o trabalho não se responsabiliza em estudar proposições que tenham sido apresentadas fora do aludido período.

Foi escolhida tal Legislatura, por alguns motivos, dentre os quais, é válido mencionar dois principais: a) foi um mandato legislativo atípico, onde, no último ano (2020), com a eclosão da pandemia do coronavírus, houve alteração substancial do foco das proposições apresentadas pelos vereadores. Com efeito, importante analisar se os edis desempenharam de forma ativa e satisfatória as funções típicas do Poder Legislativo (especialmente a de legislar), tanto nos três primeiros anos do mandato quanto no último (ano pandêmico); b) não menos importante, por ter sido a mais recente Legislatura concluída no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, se

tornou mais viável encontrar todas as proposições apresentadas pelos edis através de consultas ao site oficial da Câmara Municipal de Vereadores (<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/>). Isto, pois, o site não dispõe de dados completos das legislaturas pretéritas, principalmente em relação àquelas mais antigas, quando o sistema legislativo ainda não era informatizado.

Frisa-se, então, que a problemática central deste estudo é a seguinte: “tendo em vista a 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e o preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito, se e de que forma os(as) vereadores(as) que exerceram o mandato legislativo no decorrer do aludido quadriênio atuaram no processo de formulação de normas legislativas que trataram da proteção e garantia do direito fundamental à saúde?

A hipótese da pesquisa consiste em analisar se o Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), foi ou não ativo quanto à responsabilidade constitucional de elaboração de normas legislativas em matéria de saúde, mantendo consonância, assim, com os fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito.

O objetivo geral consistirá em analisar se e de que forma os(as) vereadores(as) que exerceram o mandato legislativo no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) atuaram no processo formulação de normas legislativas que trataram da garantia do direito à fundamental à saúde, tendo por referência os pressupostos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito.

Para alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos três objetivos específicos, que correspondem, respectivamente, aos três capítulos do estudo.

O capítulo inaugural dará ênfase à temática do Estado Social e Democrático de Direito (principalmente sua institucionalização por meio da promulgação da CRFB/1988). Antes disso, abordará de forma breve os principais momentos históricos e formas de Governo que anteriormente vigoraram no Brasil e no mundo, quais sejam: Estado Absolutista, Estado Liberal e Estado Social.

Paralelo à institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito, o Constituinte Originário regulamentou no texto constitucional extenso rol de direitos sociais fundamentais. Nessa senda, o primeiro capítulo também abordará a temática das políticas públicas como principal meio para concretização dos direitos sociais, que consistem em prestações positivas que devem ser garantidas pelo Poder Público aos

cidadãos. Nessa parte do estudo, foram utilizados majoritariamente os referenciais teóricos dos autores João Pedro Schmidt e Maria das Graças Rua.

O segundo capítulo, por sua vez, engloba o marco teórico da institucionalização do Sistema Único de Saúde por meio da CRFB/1988, contextualizando, inicialmente, como funcionava a prestação dos serviços de saúde no Brasil antes da criação SUS, que tinha como principal característica o modelo contributivo e não universal. Analisa, também, os principais acontecimentos históricos dos anos que precederam o surgimento deste inédito modelo de prestação dos serviços e ações de saúde pública no Brasil, quais sejam: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, Reforma Sanitária Brasileira – RSB e 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS.

Com idêntica importância, o capítulo intermediário ainda tece considerações sobre os principais diplomas normativos (CRFB/1988 e legislação infraconstitucional) que versam sobre o SUS, ressaltando os princípios e diretrizes que se encontram inseridos, explícita ou implicitamente, no corpo dos referidos textos legais. Afinal, com a eclosão do neoconstitucionalismo no mundo, princípios e regras passaram a dispor de força normativa idêntica, guardadas suas devidas proporções de objetividade e abstração/generalidade.

O último capítulo, por sua vez, inicia tecendo considerações sobre o Município de Criciúma/SC, concernentes ao seu contexto histórico, aspectos geográficos, perfil socioeconômico, estrutura do SUS e indicadores sanitários. Ato contínuo, caracteriza o perfil dos(as) vereadores(as) que assumiram ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo de Criciúma/SC. Por fim, analisa proposições em geral, mas, principalmente, a produção legislativa do Poder em comento durante referido lapso temporal, de modo a verificar se os agentes políticos atuaram ou não no processo formulação de normas legislativas que tratam da garantia do direito à saúde.

O marco teórico adotado no ensaio passa pelas institucionalizações do Estado Social e Democrático de Direito e do Sistema Único de Saúde – SUS, ambos considerados “filhos” da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

Optou-se pela escolha de tal marco teórico, pois, sem dúvidas, a CRFB/1988 representou verdadeira ruptura de paradigmas para a República Federativa do Brasil, principalmente na área sanitária. Nos anos que sucederam a

institucionalização do SUS, foram editados seus diplomas normativos regulamentadores (dando especial ênfase às Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Com tal regulamentação constitucional e infraconstitucional, as ações e serviços de saúde passaram a ser prestados de forma universal, bem como a população passou a ter a oportunidade de participar ativamente da gestão do SUS. Portanto, inequívocos são os avanços que a promulgação da CRFB/1988 trouxe para a área da saúde, motivo pelo qual se torna plenamente justificável a adoção do marco teórico.

Foi utilizado o método de abordagem dedutivo. Isto, pois, a pesquisa se inicia com um estudo geral dos antecedentes históricos e fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito, bem como do processo de criação do Sistema Único de Saúde, com sua inserção no texto da CRFB/1988. A partir de todas essas premissas, é que o ensaio adentra na temática específica da 18ª Legislatura (2017/2020) do Município de Criciúma/SC, especialmente no que tange à produção normativa em saúde no decorrer do aludido período. O método de procedimento, por sua vez, foi o monográfico, tendo em vista que o estudo analisou com profundidade diversos aspectos que envolveram a Legislatura em comento, incluindo, além das proposições e produção legislativa em matéria sanitária, também o perfil dos(as) vereadores(as), com estatísticas sobre proposições apresentadas, idade, votação, base eleitoral, profissão, orientação partidária, entre outros.

Ademais, foram utilizadas as técnicas de pesquisa bibliográfica, documental, legal e jurisprudencial. Para desenvolvimento da pesquisa bibliográfica, foram consultados e utilizados materiais já elaborados, com ênfase a livros, artigos, teses, dissertações, Portal *SciELO*, textos publicados em revistas qualificadas no *Qualis*, bem como matérias de sites oficiais de órgãos públicos. Complementarmente, a pesquisa documental, legal e jurisprudencial foi desenvolvida por meio de diversas consultas à legislação federal (constitucional e infraconstitucional, especialmente que envolve a saúde), coleta de dados divulgados pelo Ministério da Saúde, pelo Tribunal Superior Eleitoral - TSE, Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina – TRE/SC, Tribunal de Justiça de Santa Catarina – TJSC, julgamentos do Supremo Tribunal Federal, além de pesquisas em sites oficiais de Câmaras de Vereadores, com ênfase ao à página oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC (<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/>), onde foram analisadas inúmeras proposições, leis municipais, além do perfil dos(as) vereadores(as) que compuseram

a 18ª Legislatura (2017/2020). Grande parte do terceiro e último capítulo, por exemplo, foi desenvolvida a partir de consultas à base de dados em comento.

Sem dúvidas, a pesquisa em comento se mostra relevante para a sociedade em geral e coerente com o Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, eis que analisará se os agentes políticos legitimamente eleitos do Município supracitado atuaram de forma satisfatória, durante a 18ª Legislatura (2017/2020), especialmente no que tange à formulação de normas legislativas que envolveram efetivamente a proteção, garantia e efetivação do direito social fundamental à saúde.

O estudo mantém total sincronia com a área de concentração em “Direitos Humanos e Sociedade, assim como à linha de pesquisa em “Direito, Sociedade e Estado” do PPGD/UNESC, eis que aborda temáticas jurídicas que refletem diretamente na vida em sociedade, por meio da atuação dos agentes políticos integrantes do Poder Legislativo, um dos três poderes que compõem a estrutura e organização do Estado.

De igual modo, é vinculado à linha de pesquisa do orientador, Professor Doutor Reginaldo de Souza Vieira, que dedica sua trajetória acadêmica principalmente aos estudos de direito sanitário, mais especificamente na área de políticas públicas, tendo uma brilhante trajetória, com inúmeras pesquisas e publicações em renomados periódicos.

Por derradeiro e não menos importante, frisa-se que o projeto também converge com os grupos de pesquisa do professor orientador, sendo: Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito - NUPED e Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva - LADSSC, que debatem com frequência sobre os temas de legislação sanitária e políticas públicas.

2 DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito, através da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CRFB/1988, de forma inquestionável, representou incalculáveis avanços para a população, eis que foram esculpidos na lei de maior hierarquia do País uma série de direitos sociais fundamentais, que acarretam obrigações positivas ao Estado no tocante à concretização dos mesmos.

No ordenamento jurídico brasileiro vigora o modelo tripartite (princípio da separação dos poderes), consoante art. 2º, da CRFB/1988 (Executivo, Legislativo e Judiciário) e, ao longo do texto constitucional, se encontram estabelecidas as funções típicas e atípicas de cada um desses poderes, de modo que, atuando de forma independente e harmônica, consigam efetivar ao máximo as prestações positivas esculpidas pelo Poder Constituinte Originário ou, em momentos posteriores, pelo Poder Constituinte Derivado Reformador, que detém a prerrogativa de elaboração de emendas constitucionais capazes de alterar, incluir ou modificar a redação constitucional inicialmente promulgada.

Com tantos avanços trazidos, injusto seria deixar de exaltar aludida forma de Estado, se comparado às outras formas de Estado e de Governo que anteriormente vigoraram no Brasil. Todavia, também não se olvida que o Estado Social e Democrático de Direito ainda é extremamente “jovem” e muitos desafios enfrenta para que os poderes promovam de forma satisfatória a concretização dos direitos sociais fundamentais.

Como já mencionado, direitos sociais fundamentais geram obrigações positivas, geralmente de responsabilidade administrativa comum de todos os entes federativos. O principal caminho para concretização de um direito social é por meio de políticas públicas, que devem ser formuladas a partir da constatação de um problema político existente na sociedade, que venha interferindo negativamente na qualidade de vida de toda a população ou, pelo menos, de parte dela. Nesse norte, o presente capítulo abordará a importância das políticas públicas como instrumento de efetivação de direitos sociais.

Entretanto, antes de iniciar efetivamente o estudo dos temas acima citados (todos englobados pelo Estado Social e Democrático de Direito), necessário se faz contextualizar as bases teóricas desta forma de Estado que, insta frisar, não surgiu da noite para o dia.

Portanto, compreender a institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito pela CRFB/1988 passa pelo estudo dos principais acontecimentos históricos e formas de Governo que anteriormente vigoraram no Brasil, sendo, estas, abordadas no tópico que segue.

2.1 OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Novas Constituições, formas de Estado e de Governo surgem a partir de contextos históricos, geralmente permeados de muita luta. A lei suprema de um país, quando voltada aos fins sociais, não objetiva retratar somente o momento no qual aquele Estado se encontra, mas também evitar que retrocessos voltem a impactar negativamente a vida da população. Por isso, estabelece um piso protetivo mínimo, adotando, entre outras medidas, as chamadas “garantias fundamentais”, que permitem aos cidadãos o exercício de direitos, tanto individuais, quanto coletivos (MORAES, 2014, p. 270).

Para que a atual Constituição de um país possa ser compreendida e interpretada de maneira correta, imprescindível que se conheçam os principais acontecimentos vivenciados por aquela nação nas décadas e séculos anteriores. No caso brasileiro, só se torna possível discorrer com propriedade sobre o Estado Social e Democrático de Direito institucionalizado pela CRFB/1988 se, antes disso, houver o estudo e análise dos momentos históricos mais importantes, quais sejam: os Estados Absolutista (Monarquia), Liberal (Estado de Direito) e Social (*Welfare State* ou Intervencionista) (MORAES, 2014, p. 270).

Portanto, importante tratar neste ensaio, mesmo que de forma sucinta (eis que a história é tão complexa e cheia de minúcias que, para cada tema, caberia uma dissertação) sobre cada uma das fases acima mencionadas, começando pelo Absolutismo.

Em diversos países do mundo, principalmente a partir do século XVI até o século XIX, vigoraram governos absolutistas/monárquicos, que exerceram total influência na consolidação desses respectivos Estados.

A forma de Governo absolutista pode ser conceituada como aquela onde inexistem limites constitucionais que regulem a atuação do soberano. Todo o poder decisório fica concentrado nas mãos do monarca, que não se submete à aprovação e/ou autorização de nenhuma outra pessoa, órgão ou instituição (como, por exemplo, fiscalização e controle do Poder Legislativo) para concretização e efetivação daquelas iniciativas que pretende implementar (SCHIERA, 1998, p. 2).

É possível mencionar como características de uma monarquia, dentre outras, a vitaliciedade e a hereditariedade. A primeira (vitaliciedade), diz respeito à possibilidade de o soberano exercer seu poder supremo enquanto estiver vivo ou dispuser de sanidade física e mental para continuar governando aquela nação. Nessa forma de Governo não há eleição que possibilite à população escolher um novo chefe de Estado. Já a segunda (hereditariedade), consiste na transmissão de todo o poder monárquico a um de seus sucessores. Não há qualquer interferência externa e/ou voto popular, somente a obrigatoriedade, necessidade ou manifestação de vontade do soberano em transferir integralmente o poder a outro familiar seu, como, por exemplo, um filho (NUNES JÚNIOR, 2020, p. 1105).

Acerca do absolutismo no Brasil, Silva (2005, p. 72) leciona que

A fase monárquica inicia-se, de fato, com a chegada de D. João VI ao Brasil em 1808, e vai-se efetivando aos poucos. Instalada a corte no Rio de Janeiro, só isso já importa em mudança do *status* colonial. Em 1815, o Brasil é elevado, pela lei de 16 de dezembro, à categoria do Reino Unido a Portugal, pondo em consequência fim ao Sistema Colonial e monopólio da Metrópole.

1808 foi o ano da chegada da família real ao Brasil, dando início à formação de algumas instituições, dentre elas, o Banco do Brasil, fundado em 12 de outubro de 1808, no Rio de Janeiro. Contudo, somente a partir da proclamação da independência, no ano de 1822, é que ocorreu a efetiva transformação do Estado brasileiro (ASSIS, 2017, p. 2).

No mesmo ano da proclamação da independência do Brasil, o à época Imperador Dom Pedro I deu início a inúmeras articulações que lhe proporcionassem, num futuro próximo e com total legitimidade, governar de forma soberana o Estado brasileiro agora independente. Para tanto, precisava ter ao seu lado um ordenamento jurídico que autorizasse expressamente todos os poderes característicos de um

governo monárquico. E foi o que fez. Dom Pedro I, objetivando a elaboração da primeira constituição brasileira, convocou o intitulado “Conselho de Procuradores” que, a princípio, seriam os responsáveis por todo o processo elaborativo da nova Constituição (ASSIS, 2017, p. 2).

Contudo, não demorou para que Dom Pedro I começasse a se sentir contrariado e insatisfeito com a atuação dos Conselheiros, o que lhe fez optar pela dissolução do referido Conselho. Objetivando dar continuidade à elaboração do primeiro texto constitucional brasileiro, convocou uma Assembleia Geral Constituinte que, numa perspectiva realista, equiparava-se à atual Câmara dos Deputados (Casa Legislativa integrante do sistema bicameral brasileiro que integra o Congresso Nacional, juntamente com o Senado Federal). Foi nessa época que o Poder Legislativo brasileiro exerceu suas primeiras atuações, mesmo que de forma limitada e “amordaçada”, eis que hierarquicamente submisso ao Imperador (ASSIS, 2017, p. 2).

Para permanência da insatisfação de Dom Pedro I, a Assembleia Geral passou a defender posições fortemente liberais, contrapondo-se aos interesses diretos do Imperador. Pretendiam os Deputados constituintes estabelecer certa independência e autonomia entre os poderes Legislativo e Executivo, impedindo a dissolução do Poder Legislativo por ato do Poder Executivo e, também, extinguindo o poder do Imperador de vetar qualquer iniciativa que não fosse benéfica no seu ponto de vista (ASSIS, 2017, p. 2).

Acerca dos embates que envolveram a Assembleia Constituinte e o Imperador, o site da Câmara dos Deputados retrata com maestria este momento histórico (Agência Câmara de Notícias, 2018):

Tribuna de grandes debates, ao buscar definir sua soberania, a Assembleia Constituinte entrou em confronto com o imperador d. Pedro 1º, que não aceitou a tentativa de redução do seu poder e a dissolveu em 12 de novembro de 1823. O imperador nomeou em seguida um Conselho de Estado para elaborar uma Constituição que lhe deu amplos poderes, outorgada em 1.824.

Extremamente contrariado pelos pensamentos liberais e iniciativas tomadas pelos Deputados, bem como prevendo que não conseguiria obter a legitimidade absoluta e necessária que pretendia para governar o Brasil, Dom Pedro I decidiu dissolver a Assembleia Geral Constituinte (ASSIS, 2017, p. 2). Segundo informações retiradas do site da Câmara dos Deputados (Agência Câmara de Notícias, 2018), “a Assembleia Constituinte foi dissolvida por decreto do imperador.

Os constituintes, por prudência, retiraram-se sem protestar. Ao deixarem o prédio, alguns foram presos e depois exilados”.

Logo após a dissolução da Assembleia, Dom Pedro I convocou um Conselho de Estado, tendo este sido o responsável pela elaboração da primeira Constituição. Com objetivo de “camuflar” uma legitimidade popular que, na realidade, não existia, o Imperador apresentou o esboço do texto constitucional às Câmaras Municipais, que acabaram aprovando-o sem propor alterações. Ou seja, acataram na íntegra as proposições esculpidas na redação que se tornaria, oficialmente, a primeira Constituição da história do Brasil (ASSIS, 2017, p. 2).

E foi o que aconteceu. Após inúmeras articulações imperiais e menos de dois anos após à proclamação da independência, foi outorgada, por Dom Pedro I, a intitulada “Constituição Política do Império do Brasil”, mais especificamente em 24/03/1824. Esta, adotou a hereditariedade como forma de transmissão do poder (SILVA, 2005, p. 75), nos termos do art. 3º, daquela constituição, *ipsis litteris*: “o seu Governo é Monarchico Hereditario, Constitucional, e Representativo” (BRASIL, 1824).

A popularmente conhecida “Constituição Imperial” dividiu o Brasil em províncias, conforme art. 2º, transcrito a seguir com a ortografia vigente daquela época: “o seu territorio é dividido em Províncias na fôrma em que actualmente se acha, as quaes poderão ser subdivididas, como pedir o bem do Estado” (BRASIL, 1824). Para Paulo e Alexandrino (2015), “a Constituição de 1824 deu ao Brasil a forma de Estado unitário, dividido em províncias, com forte centralização político-administrativa. Em razão dessa característica, evitou a fragmentação de nosso território”.

Sete anos após ter obtido êxito em outorgar uma Constituição que lhe atribuísse amplos poderes, mais especificamente em 1831, Dom Pedro I deixou o Brasil e foi morar em Portugal, momento em que abdicou o cargo de Imperador que, posteriormente, seria ocupado por seu filho, Pedro de Alcântara, de apenas cinco anos de idade (JANOTTI, 1971, p. 2; NUNES JÚNIOR, 2020, p. 257).

Entre os anos de 1831 a 1840, o Brasil viveu o período regencial (lapso temporal entre o primeiro e o segundo reinado), até que, ao completar quatorze anos de idade, Pedro de Alcântara assumiu o império, se tornando o segundo Imperador da história do Brasil, tendo ficado conhecido por “Dom Pedro II” (JANOTTI, 1971, p. 3; NUNES JÚNIOR, 2020, p. 257).

Deste muito novo, Pedro de Alcântara já havia sido preparado para assumir o cargo imperial anteriormente ocupado por seu pai, tanto é que foi proclamado

Imperador muito antes de completar dezoito anos de idade, no ato que ficou conhecido como “golpe da maioridade”, momento em que chegou ao fim o período regencial (JANOTTI, 1971, p. 3; NUNES JÚNIOR, 2020, p. 257).

Dom Pedro II tinha como característica uma maneira menos rígida de governar o Brasil Império, se comparado a seu pai. Situação, esta, que pode ter influenciado no grande tempo de vigência da Constituição de 1824, a mais duradoura de todas as Constituições da história do Brasil (NUNES JÚNIOR, p. 259). Contudo, foi durante o Império de Dom Pedro II em que a Monarquia brasileira chegou ao fim, tempo em que o País já vivia sob influência de ideias liberais oriundas do continente europeu, principalmente através da Revolução Francesa, que será abordada em momento futuro deste trabalho.

Para Alves (2017, p. 5), o enfraquecimento do Império de Dom Pedro II (que teve como consequência o fim do período absolutista no Brasil)

[...] é fruto de questões ligadas à própria monarquia e a fatores externos, ligados à política e economia em nível global. Dentre esse processo de desgaste, podemos destacar três pontos básicos que são eles:

- A) Processo das questões escravistas (1850-1888);
- B) Guerra do Paraguai (1865-1870);
- C) Questão Religiosa.”

Dos acontecimentos acima citados, sem dúvidas o que mais exerceu influência na queda do regime monárquico no Brasil foi o “processo das questões escravistas”, que teve início no ano de 1850 com o advento da Lei Eusébio de Queirós. Posteriormente, outras leis entraram em vigor, tais como a “Lei do Ventre Livre (1871)” e “Lei Sexagenária (1885)”. Contudo, todos esses diplomas normativos não tiveram praticamente nenhum efeito prático (ALVES, 2017).

No ano de 1888, a Lei Áurea, assinada pela Princesa Isabel (filha de Dom Pedro II), concedeu a liberdade a todos os escravos que viviam no Brasil, ato que deixou os “senhores do engenho” extremamente insatisfeitos com o governo monárquico, vez que perderam toda a mão de obra humana que possuíam, sem que o Estado lhes proporcionasse qualquer tipo de compensação financeira pela libertação de seus súditos. Os escravos, por outro lado, em que pese “libertos” pela criação da referida Lei, permaneceram sendo seres humanos sem quaisquer condições mínimas de dignidade, enfrentando sérias dificuldades para sobreviver face à situação de miséria que enfrentavam. Isto, pois, o Estado os “libertou”, mas não

proporcionou qualquer amparo ou proteção para que pudessem reconstruir suas vidas, deixando-os completamente às margens da sociedade (ALVES, 2017, p. 7).

Como dito acima, a abolição da escravatura despertou grande revolta da elite à época, fazendo com que o governo monárquico perdesse praticamente todo o apoio que tinha da alta sociedade. A respeito do tema, Nunes Júnior (2020, p. 260) discorre que,

[...] com o fim da escravidão, a elite agrícola, que apoiava a Monarquia, indignou-se com o Imperador por “perder sua propriedade” sem direito a indenização. A soma desses fatores históricos ensejou a proclamação da República pelos militares, no dia 15 de novembro de 1889. D. Pedro II, assim como toda a família real, foi expulso do país. Brasileiro, não podia mais ficar em seu país, exilando-se em Portugal e depois na França, onde morreu logo depois, em 1891, no hotel Bedford, na rua de l’Arcade.

Em 15 de novembro de 1889, então, foi proclamada a República, instituindo logo no mês seguinte um Governo Provisório, que deu início à elaboração de um novo texto constitucional, sendo este promulgado em 24 de fevereiro de 1891, após aprovação em Assembleia Constituinte. A Constituição de 1891 foi marcada por traços fortemente liberais, eis que, nessa época, o liberalismo predominava em diversos países do mundo como forma de Governo (NUNES JÚNIOR, 2020).

Adentrando na temática do liberalismo, muito difícil é encontrar de forma precisa sua definição. García-Pelayo (2009, p. 9), por exemplo, discorre que as políticas liberais clássicas tinham como principal característica distanciar ao máximo o Poder Público da sociedade. Isto é, praticamente eliminar o intervencionismo governamental da vida da população (principalmente nas áreas econômica e social), concedendo aos cidadãos elevado grau de autonomia individual.

Novais (2006, pp. 104-105), por sua vez, define o liberalismo como um rompimento da burguesia com o Estado Absolutista, de modo que a primeira passaria a ter maior grau de liberdade nos aspectos formal e material, se desvinculando das “amarras governamentais”. Os ideais liberais defendiam a ampliação dos direitos de cunho individual. Foi com o advento do liberalismo, também, que emergiu a ideia de Estado de Direito.

Ressalta-se que o momento histórico no qual as ideias liberais eclodiram no mundo variou de acordo com o desenvolvimento político, social e econômico de cada país. Afinal, existiram várias formas de manifestação das ideias liberais, tendo acontecido, também, em lapsos temporais distintos (MATTEUCCI, 1998, p. 687).

Na concepção de Matteucci (1998, p. 687), o marco inicial do liberalismo no mundo se deu com o advento da Revolução Gloriosa na Inglaterra, que aconteceu entre os anos de 1688 e 1689 e consistiu na fase derradeira da Revolução Inglesa que, numa perspectiva geral, rompeu com o governo absolutista inglês.

Como visto, os pensamentos liberais tiveram início na Inglaterra por meio da Revolução Gloriosa (século XVII), eis que a burguesia se encontrava em conflito permanente com o regime monárquico que então vigorava. Esse movimento teve forte influência do iluminismo, que também se encontrava em expansão no continente Europeu (VIEIRA, 2013, p. 106).

Para Vieira (2013, p. 116), a Revolução Gloriosa possibilitou que a classe burguesa começasse a exercer posição dominante nas decisões e rumos tomados pelo Estado. Analisando o contexto histórico, é possível afirmar que a classe burguesa foi a responsável pelo fim do regime monárquico que anteriormente vigorava.

Já nas palavras de Várnagy (2006, p. 51), referida Revolução “assinalou o triunfo definitivo de uma nova estrutura social, política e econômica, baseada nos direitos individuais, na livre ação econômica e no interesse privado”.

A Revolução Gloriosa foi inspirada nos ideais liberais políticos e econômicos de John Locke, filósofo inglês considerado o “pai do liberalismo”. Para Locke, deveria o estado zelar pela liberdade e autonomia dos indivíduos em buscar o crescimento econômico próprio, possibilitando, também, que cada pessoa pudesse ter sua propriedade privada, explorando-a economicamente. Era um pensamento completamente oposto ao regime absolutista, caracterizado pela existência de poder ilimitado do monarca (VÁRNAGY, 2006, p. 46).

Contudo, a ideologia liberal ganhou incontestável força em toda a Europa e se irradiou para diversos países do mundo a partir do acontecimento histórico da Revolução Francesa (1789-1799). As lutas da burguesia pelas liberdades política e econômica, pela justiça e pela democracia foram marcas desta Revolução (CADEMARTORI; CADEMARTORI, 2019, p. 3).

Para que se entenda o motivo do desencadeamento da mais radical Revolução antiaristocrática da história do mundo, necessário contextualizar e entender a realidade em que vivia a população francesa e seus principais descontentamentos nos anos que antecederam a referido movimento.

Pois bem. Na França, vigorava o regime absolutista, onde o rei era responsável por decidir todos os rumos do país (econômicos, políticos, sociais,

religiosos, entre outros). Existiam três classes sociais bem definidas, sendo que a última (“Terceiro Estado”), formada pela burguesia, trabalhadores e camponeses, representava aproximadamente 97% de toda a população, que trabalhava desumanamente para sustentar os privilégios das duas primeiras classes, consideradas privilegiadas. Acerca dessa divisão de classes existente no território francês, Coggiola (2013, p. 284) discorre que

Na explícita divisão de classes existente, o “Terceiro Estado”, composto pelas classes carentes de privilégios, da burguesia até o povo miúdo, era responsável por arcar com as despesas públicas, os impostos e contribuições que beneficiavam a monarquia (absolutista), o clero e a nobreza. A representação política na sociedade francesa do século XVIII ainda mantinha a divisão em três ordens ou estados – clero ou Primeiro Estado, nobreza ou Segundo Estado, e povo ou Terceiro Estado – com um rei no topo da hierarquia. O rei tinha a última palavra sobre a justiça, a economia, a diplomacia, a paz e a guerra.

Os integrantes do Terceiro Estado, principalmente trabalhadores e camponeses, em virtude das condições sub-humanas que viviam, aspiravam melhores condições de dignidade. Havia um repleto inconformismo daquela classe em relação à excessiva carga de trabalho na qual se submetiam, para que os rendimentos auferidos, quase que na integralidade, fossem posteriormente destinados à manutenção da vida e das regalias da monarquia, clero e nobreza. Já a insatisfação da burguesia consistia, dentre outros fatores, na ausência de autonomia que tinham para empreender economicamente, tanto dentro quanto fora do País, bem como na falta de representatividade política, fato, este, que impedia a ascensão dos burgueses em praticamente todos os setores (FALCETTI, 2017, p. 117).

Diante de toda a insatisfação do Terceiro Estado e na falta de atendimento amigável das reivindicações feitas ao rei, em 1789 ocorreu “a queda da Bastilha”, acontecimento histórico que representa o efetivo início da Revolução Francesa. Segundo Menezes (1989, p. 77), “com a queda da Bastilha, símbolo espectral do absolutismo e do feudalismo, desmorona todo o regime. Para os iluministas, a Bastilha era, desde 1750, um símbolo de um regime de falência”.

Outro acontecimento que marcou a Revolução encabeçada pelo Terceiro Estado na França foi a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão – DDHC. Um importante documento redigido pelo povo francês, reconhecido e declarado em Assembleia Nacional, que defendia as liberdades de opinião, consciência e religiosa, resistência à opressão, combate à corrupção, direitos à

igualdade, propriedade, segurança, transparência, dentre tantos outros avanços que passariam a nortear a vida em sociedade na França a partir de então (DECLARAÇÃO, 1789).

Com tantas mudanças de paradigmas ocasionadas pela Revolução Francesa, em 1791, foi promulgada a primeira Constituição da história da França, colocando um fim no poder absoluto do rei. Isso não quer dizer que o regime monárquico tenha acabado. Pelo contrário. Referido documento político não se opôs à manutenção da monarquia. Contudo, impôs limites à atuação do rei, bem como aos privilégios do Primeiro e do Segundo Estado (NUNES JÚNIOR, 2019, p. 81).

Acerca da Constituição francesa promulgada durante a Revolução naquele País, discorre Nunes Júnior (2019, p. 81) que,

Em seu preâmbulo, destaca-se: “Não há mais nobreza, nem distinções hereditárias, nem distinções de ordens, nem regime feudal, nem qualquer dos títulos, denominações e prerrogativas que dele derivavam, nem qualquer ordem de cavalaria, de corporações ou condecorações para as quais se exigiram provas de nobreza, ou que supunham distinções de nascença”. O fim do absolutismo já aparece no art. 1º, do Título III (“a soberania é una, indivisível, inalienável e imprescritível. Ela pertence à Nação e nenhuma parte do povo nem indivíduo algum pode atribuir-se o exercício”) e principalmente no art. 3º do Capítulo II (“não existe na França autoridade superior à da Lei. O Rei reina por ela e não pode exigir a obediência senão em nome da lei”).

O exposto acima evidencia quão importante foi a Revolução Francesa para colocar um fim no poder absoluto do monarca na França e, conseqüentemente, fazer com que inúmeros outros países do mundo, nos anos seguintes, fossem abandonando os regimes monárquicos-absolutos, dando espaço ao fortalecimento das ideias liberais burguesas. Sem dúvidas, a Revolução Francesa foi a grande responsável pela efetiva disseminação do liberalismo no mundo.

Com a expansão do liberalismo, diversos países do mundo promulgaram suas Constituições Liberais ou, pelo menos, com traços liberais. A respeito do tema, Paulo e Alexandrino (2015, p. 24) lecionam que

As Constituições liberais são aquelas resultantes do triunfo da ideologia burguesa, dos ideais do Liberalismo, correspondentes ao primeiro período de surgimento dos direitos humanos, que exigiam a não intervenção do Estado na esfera privada dos particulares. São, também, denominadas Constituições negativas, pois impunham a omissão ou negativa de ação do Estado, preservando-se, assim, as liberdades públicas.

No Brasil, as primeiras ideias liberais surgiram muito antes do término do regime absolutista, bem como em período muito anterior ao fim da escravidão, que

perdurou por quase 70 anos após a proclamação da independência, em 1822. Ao passo em que a Europa já se encontrava numa fase do liberalismo bem mais avançada, onde a população já tinha direitos assegurados, o Brasil ainda convivia com o regime de trabalho forçado, com seres humanos sendo tratados como mercadorias, moedas de troca, sendo desprovidos de suas liberdades, bem como de mínimas condições de vida digna (ASSIS, 2017, p. 12).

Algumas ideias liberais já foram regulamentadas desde a primeira Constituição brasileira (outorgada em 1824), podendo citar, como exemplo, o art. 179, “caput” e XXIV (*ipsis litteris*):

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte.
[...]

XXIV. Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos (BRASIL, 1824).

Verifica-se que o direito de propriedade, bem como a liberdade de profissão foram assegurados desde a Constituição de 1824, representando evidente influência do liberalismo no território brasileiro.

Posteriormente, a Constituição brasileira de 1891 (primeira Constituição promulgada) manteve a influência das ideias liberais no tocante à liberdade de profissão, consoante art. 72, § 24: “*é garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial*” (BRASIL, 1891).

O liberalismo formal e positivista manteve sua força, principalmente, na primeira metade do século XIX, predominando a maior isenção possível do Estado no setor privado. Nessa fase, deveria o Estado exercer mínima interferência nas esferas social e econômica (VIEIRA, 2013, p. 117).

Contudo, o tempo foi passando e o modelo de Estado Liberal radicalista não apresentou nenhuma perspectiva de redução das desigualdades sociais então existentes. A ausência de intervenção estatal, principalmente no dia a dia das classes menos favorecidas, acarretava no progressivo agravamento da pobreza, deixando cada vez mais pessoas “às margens da sociedade” (BONAVIDES, 2001, p. 188). Nessa conjuntura, Nunes Júnior (2020, p. 939) aduz que

O antigo liberalismo não poderia resolver os problemas gravíssimos das camadas mais pobres da sociedade. A liberdade, por si só, era um remédio inócuo aos famintos e oprimidos. O Estado deveria abandonar sua postura

passiva, negativa e assumir um papel positivo, ativo, a fim de que a igualdade jurídico-formal apregoada nos textos constitucionais fosse, de fato, concretizada.

Com efeito, o Estado Liberal começou a enfrentar uma grave crise, progressivamente, partir da segunda metade do século XIX. Não era mais tolerável que os direitos humanos continuassem sendo “deixados de lado” em detrimento da desenfreada exploração econômica da massa operária. Inviável, portanto, seria a manutenção das ideias liberais radicais, que defendiam a exploração do capitalismo puro (CENCI; BEDIN; FISCHER, 2012, p. 84).

Isto, pois, nesta fase, as áreas urbanas foram tendo célere crescimento populacional, o que acarretou na progressiva expansão do setor industrial, em virtude de maior oferta e procura de emprego. Com aumento da exploração econômica, precisava o Estado intervir positivamente para proteger seu povo dos excessos que vinham sendo cometidos em desfavor da massa operária. Estes trabalhadores tinham inúmeras reivindicações que não estavam sendo atendidas, em virtude da completa não intervenção estatal pregada pelo liberalismo (VIEIRA, 2013, p. 118).

Giza-se que o acontecimento histórico da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) foi considerado o estopim para o desmoronamento das ideias liberais defendidas pelo sistema capitalista puro. Referida Guerra causou estrondoso impacto nas relações sociais, fazendo com que a população clamasse por maior justiça social, exigindo do Estado, com efeito, uma posição fortemente intervencionista (NOVAIS, 2006, p. 181).

Na iminência de estabelecer maior intervenção na vida dos cidadãos (principalmente da classe trabalhadora), surge de forma efetiva, então, o Estado de Bem-Estar Social (também conhecido como *Welfare State* ou Estado Intervencionista, com objetivo de minimizar as desigualdades sociais, reduzindo a lastimável realidade de pobreza e miserabilidade que assolava grande parte da população. Em que pese existam bases anteriores do Estado de Bem-Estar Social, entende-se que seus primeiros diplomas constitucionais regulamentadores foram, respectivamente, as Constituições do México (de 1917) e alemã de Weimar (de 1919). Referidos textos constitucionais foram responsáveis pela formalização do Constitucionalismo Social no mundo (NOVAIS, 2006, p. 179).

A Constituição mexicana, promulgada em 5 de fevereiro de 1917 (intitulada Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos), rompeu com todas as ideias

defendidas pelo liberalismo pautado no capitalismo puro até então vigente, uma vez que, dentre inúmeros avanços, elevou os direitos da classe trabalhadora ao patamar de direitos fundamentais, estabelecendo diversos regramentos que passariam a limitar a atuação desenfreada do capitalismo, promovendo, portanto, observância e respeito à dignidade humana. Por consequência, empregadores e trabalhadores foram colocados em maiores condições de igualdade, tendo o referido diploma constitucional zelado fortemente pela desmercantilização das atividades laborativas, de modo que os contratantes passassem a ter diversas responsabilidades em relação àqueles que oportunamente contratassem. Era o Estado, portanto, intervindo efetivamente nas relações entre patrão e empregado, com intuito de combater a excessiva exploração capitalista de mão de obra humana até então tradicional e costumeira, tanto no México quanto em diversos outros países do Mundo (ROBL FILHO, 2017, p. 362).

De suma importância ressaltar que, embora tenha sido objeto de diversas alterações ao longo dos anos, a Constituição Mexicana de 1917 permanece vigente até os dias atuais, tendo completado, em 5 de fevereiro de 2017, cem anos de existência (MÉXICO, 1917).

Já a Constituição de Weimar, promulgada em 1919 (isto é, um ano após o término da Primeira Guerra Mundial), também se preocupou em institucionalizar diversos direitos trabalhistas em seu texto. Além de um extenso rol de direitos protetivos da classe trabalhadora, referida Constituição também assegurou inúmeros outros direitos sociais (considerados de segunda geração ou dimensão), possibilitando que a população em geral pudesse reivindicá-los perante os agentes políticos da época (AUAD, 2008, p. 339).

Sem dúvidas, as Constituições do México (1917) e de Weimar (1919) possuem íntima relação, eis que instituidoras da fase do Constitucionalismo Social no Mundo. Inclusive, o texto constitucional de Weimar sofreu grande influência (principalmente no tocante a direitos sociais) das previsões anteriormente regulamentadas na Constituição mexicana, promulgada dois anos antes da alemã, em especial no que diz respeito à intervenção estatal nas relações trabalhistas, podendo citar, como exemplos: a proteção aos trabalhadores em situação de desemprego, proibição da jornada excessiva de trabalho (estabeleceu o limite diário, semanal e mensal de carga horária), proteção à trabalhadora gestante, entre outros. (ROBL FILHO, 2017, p. 362).

Conforme Auad (2008, p. 339),

O texto constitucional de Weimar está dividido em duas partes. A primeira trata da estrutura administrativa do “Reich” e dos Poderes Estatais. A segunda dispõe sobre os direitos e as obrigações do povo alemão, dentre os quais os de natureza social, como, por exemplo, a educação, a saúde, a proteção à infância e à maternidade e a dignidade da relação trabalhista. Foi justamente essa segunda parte que gerou mais polêmica, porque abria caminhos para a inserção social de camadas excluídas da população, o que significava, no fundo, a mudança do *status* social vigente à época, a qual decorreria da distribuição de riquezas decorrente da reforma social que a segunda parte da Constituição proporcionaria. Alguns autores, como Herman Heller, apontam, inclusive, que a Constituição alemã, de 1919, seria um caminho de transição pacífica para a construção do Estado Social, de bases marxistas, o qual superaria definitivamente o modo de produção capitalista.

A Constituição de Weimar exerceu incontestável influência sobre diversos países europeus e de todo o mundo, que aderiram ao modelo de Estado Social assistencialista e intervencionista, coibindo os excessos provocados pelos ideais liberais defendidos e aplicados pelo sistema capitalista puro. Emergiram, nesta fase, as matrizes sociais, garantidoras dos direitos de segunda geração ou dimensão (BONAVIDES, 2001, p. 168; NUNES, 2020, p. 940).

Tanto é que, nos anos subsequentes, diversos países do mundo promulgaram as intituladas “constituições sociais”, totalmente opostas à ideia da não intervenção estatal na vida privada. Uma constituição social, também chamada de programática, diretiva ou dirigente, traz em seu texto dispositivos que determinam ao Poder Público atuações positivas capazes de promover a redução de desigualdades sociais e regionais. Acaba por direcionar a administração pública a um modo de governar que se faça presente na vida da população, principalmente nos setores mais humildes (PAULO; ALEXANDRINO, 2015, p. 24).

No Brasil, o *Welfare State* nunca foi implementado com todas as suas características, se comparado aos países industrializados. Porém, algumas amostras de Constitucionalismo Social já começaram a aparecer desde à época da Primeira República, como, por exemplo, a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, considerada responsável pelo surgimento da Previdência Social brasileira (MEDEIROS, 2001, p. 9). Referida Lei será abordada em momento posterior da pesquisa.

Maior interferência do Constitucionalismo Social no Brasil (fortemente inspirado na Constituição de Weimar, de 1919) se deu com a promulgação da Constituição de 1934, pautada na democracia e fruto do fim da Primeira República

(1889-1930), decorrente da Revolução de 1930. Aludida Constituição foi a primeira a efetivamente se preocupar com a garantia de direitos sociais ao povo brasileiro, não somente em seu aspecto formal, mas, também, no aspecto material. Representou o rompimento das ideais liberais, dando espaço à democracia voltada aos fins sociais, pautada na dignidade humana e promovida pela intervenção do Estado na vida privada, como forma de combater abusos e desigualdades (PAULO; ALEXANDRINO, 2015, p. 28).

Embora não tenha sido transcrita de forma expressa como efetivamente foi na CRFB/1988 (art. 1º, III), entende-se que a “dignidade da pessoa humana” já havia sido incluída pelo Constituinte Originário quando da promulgação da Constituição brasileira de 1934 (SARLET; MARINONI, MITIDIERO, 2018, p. 276), mais especificamente no art. 115, “caput” (Título IV – Da Ordem Econômica e Social), dispondo que *“a ordem econômica deve ser organizada conforme os princípios da Justiça e as necessidades da vida nacional, de modo que possibilite a todos existência digna. Dentro desses limites, é garantida a liberdade econômica”* (BRASIL, 1934).

No que diz respeito especificamente ao direito social ao trabalho digno, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1934 também demonstrou sua incontroversa vinculação ao Constitucionalismo Social, tanto no artigo 113, 34 (Capítulo II – Dos Direitos e Garantias Individuais) quanto nos artigos 120 a 123 (Título IV – Da Ordem Econômica e Social), tendo sido reconhecidos constitucionalmente diversos direitos sociais em favor da classe trabalhadora (garantia de um salário mínimo, jornada diária máxima de oito horas trabalhadas, repouso semanal remunerado com preferência aos domingos, férias anuais remuneradas, equiparação salarial, reconhecimento das convenções coletivas de trabalho, entre outros). De suma importância ressaltar, também, que o texto constitucional promulgado em 1934 foi responsável por instituir a Justiça do Trabalho, que surgiu com objetivo de dirimir conflitos de cunho trabalhista entre patrões e empregados (art. 122) (BRASIL, 1934).

Somente a título exemplificativo, oportuno ressaltar o disposto no art. 113, item 34, da Constituição brasileira de 1934:

Art. 113 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à subsistência, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:
[...]

34) A todos cabe o direito de prover à própria subsistência e à de sua família, mediante trabalho honesto. O Poder Público deve amparar, na forma da lei, os que estejam em indigência (BRASIL, 1934).

Nas décadas de 1940 a 1960, principalmente nos países desenvolvidos, o Estado de Bem-Estar Social viveu seu auge. A grande massa popular conseguia ter acesso a condições dignas de emprego, fazendo com que a economia dos Estados industrializados crescesse exponencialmente. Tal crescimento industrial proporcionava maior arrecadação da máquina pública e, conseqüentemente, ampliação das ações sociais em prol do combate às desigualdades. Inclusive, este lapso temporal histórico ficou conhecido como “era dourada do capitalismo” (VICENTE, 2009, p. 124).

O crescimento econômico se mostrava tão satisfatório que, pelo menos num momento inicial, os problemas ocasionados pelo *Welfare State* passaram despercebidos. As áreas urbanas se expandiam de forma célere, o que aumentava a necessidade de utilização de combustíveis fósseis, principalmente o petróleo (realidade, esta que, em momento posterior, foi responsável por desencadear as crises do petróleo, nos anos de 1973 e 1979) (VICENTE, 2009, p. 124).

Todavia, a partir da década de 1970, o Estado de Bem-Estar Social passou a ser, progressivamente, alvo de constantes críticas, eis que a proteção excessiva direcionada à população vinha acarretando exacerbado dispêndio de recursos públicos (o que gerava déficit nos cofres dos governos), além de desestimular grande parte da população a buscar melhores condições de emprego e crescimento profissional. Não bastasse, a alta carga tributária (necessária para manter a máquina estatal) também dificultava que os cidadãos dessem início a novos empreendimentos, eis que muito difícil seria manter uma empresa em pleno funcionamento ou, ainda mais, obter crescimento econômico no ramo industrial. Todas essas circunstâncias tornavam o mercado de consumo muito menos competitivo. Desestimulavam completamente a iniciativa privada (JESUS, 2018, p. 4).

Ao final da década de 1970, já se mostrava praticamente impossível manter uma empresa ativa com percentuais satisfatórios de lucro. A classe empresarial permanecia irredimida com a alta carga tributária cobrada daqueles que mais detinham poder econômico, direcionada para manter as prestações positivas do modelo de Estado Intervencionista então vigente (VICENTE, 2009, p. 125).

Com efeito, a classe política passou a ser alvo de constantes pressões, principalmente encabeçadas pela iniciativa privada, para que houvesse a superação do Estado de Bem-Estar Social, que vinha, nos últimos anos, acarretando completa estagnação do crescimento econômico (VICENTE, 2009, p. 125).

Oportunamente, Esping-Andersen (1991, p. 98) faz uma crítica no sentido de que as políticas sociais implementadas ao longo dos anos em que vigorou o *Welfare State* não possuíam caráter emancipatório. Isto é, não tiveram o condão de transformar a vida das pessoas de forma definitiva, mas, tão somente, de proporcionar em caráter temporário um patamar mínimo civilizatório à determinada parcela da população.

Por fim, paralelo ao enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social emergiram, em diversos países do mundo, debates acerca da necessidade de reduzir os gastos da máquina pública, que se encontrava demasiadamente inchada e, mesmo assim, não conseguia atender a contento todas as demandas sociais. Dentre tantas alternativas postas em discussão, cresce exponencialmente uma nova teoria, intitulada Neoliberalismo, que objetivava, pelo menos em parte, a retomada das ideias liberais aplicadas em momentos históricos anteriores (JESUS, 2018, p. 6).

Todavia, as ideias neoliberais não serão objeto de abordagem neste estudo. O objetivo da parte final deste tópico foi o de evidenciar que, principalmente a partir do último quarto do século XX, houve o desmoronamento do Estado Social. No Brasil, a promulgação da CRFB/1988 foi responsável pela institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito, que recepcionou e conseguiu colocar em prática parte das ideias defendidas pelo Estado Intervencionista, como será demonstrado no tópico a seguir.

2.2 AS BASES TEÓRICAS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO E SUA INSERÇÃO NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Para que fosse possível chegar até aqui, foi necessário dissertar anteriormente sobre as principais formas de Estado que vigoraram no passado em diversos países do mundo, inclusive no Brasil.

Na concepção de Moraes (2014, p. 270), o Estado Social e Democrático de Direito não surgiu da noite para o dia. Pelo contrário. Foi oriundo da constatação dos erros cometidos pelos modelos de Estado anteriores que perduraram durante séculos, tendo, ao final, se mostrado incapazes de corrigir as tamanhas desigualdades sociais. Objetivou o aperfeiçoamento desses modelos estatais passados.

Isto é, a institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito não proporcionou uma completa ruptura de paradigmas em relação às ideias defendidas ao longo da vigência do Estado de Direito Liberal e do Estado Intervencionista, mas, sim, procurou descartar os erros e incorporar os acertos promovidos pelos aludidos modelos estatais pretéritos. De forma complementar, buscou o Estado Social e Democrático de Direito estabelecer maiores e melhores mecanismos para promoção da dignidade humana, promovendo a garantia de acesso da população a direitos sociais fundamentais (VIEIRA, 2013, p. 187).

Foi a CRFB/1988 a responsável pela institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito, pautado na democracia, na cidadania, na igualdade (em seu aspecto material), dignidade da pessoa humana, entre outros gigantescos avanços de ordem humanitária, regulamentando um amplo rol de direitos sociais fundamentais que podem ser encontrados em diversas partes do texto constitucional.

Incontestável que a Constituição Federal de 1988 ampliou o rol de direitos sociais fundamentais, mantendo consonância, efetivamente, com as diretrizes que norteiam um Estado Social e Democrático de Direito. Inclusive, essa forma de Estado encontra expressa previsão logo no “caput” do art. 1º da CRFB/1988: “*a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]*” (BRASIL, 1988).

Tendo elastecido o rol de direitos sociais fundamentais, incontestável que o Estado Social e Democrático de Direito recepcionou ideais defendidas pelo Estado Social (em que pese este último nunca tenha sido implantado no Brasil com todas as suas características). Entretanto, o Constituinte Originário, quando da promulgação da CRFB/1988, optou por não introduzir o termo “Social” à expressão Estado Democrático de Direito. É o que ensina Nunes Júnior (2020, p. 424):

[...] embora não haja previsão expressa na Constituição Federal, além de ser um Estado de Direito e Democrático, podemos afirmar igualmente que o Brasil também é um Estado Social. Isso porque a Constituição de 1988 prevê uma série de direitos sociais, impondo metas e programas estatais, distanciando-se, pois, do Estado Liberal do século XIX. Embora seja um Estado Social de Direito, o constituinte originário preferiu não se utilizar dessa expressão, ao contrário do que foi feito na Constituição Espanhola, de 1978, que, em seu art. 1º, estabelece: “Espanha se constitui em um Estado Social e Democrático de Direito, que propugna como valores superiores de seu ordenamento jurídico a liberdade, a justiça, a igualdade e o pluralismo político”.

Como visto, além de ser uma forma de Estado com caráter intervencionista, o Estado Social e Democrático de Direito também contempla a junção de determinadas características do Estado de Direito e do Estado Democrático, inaugurando, efetivamente, um inédito modelo estatal no Brasil (SILVA, 1988, p. 21).

O Estado Social e Democrático de Direito carrega consigo características de um Estado de Direito pois, primordialmente, é regido pelo princípio da legalidade. Tanto a esfera pública quanto os particulares se submetem ao ordenamento jurídico vigente. O Estado só pode e deve agir de acordo com as expressas previsões legais. Incontáveis são as obrigações estatais regulamentadas em lei, tendo o Poder Público obrigação de cumpri-las. Já os particulares podem fazer tudo aquilo que a lei não impeça (BERNARDES, 2003, p. 182). Acerca destes últimos, a própria CRFB/1988 preconiza, em seu inciso II do art. 5º, que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988).

Adiante, como o nome já expressa, o Estado Social e Democrático de Direito, além de um Estado de Direito, também é um Estado Democrático. Sobre o assunto, Canotilho (1998) discorre que

O Estado constitucional não é nem deve ser apenas um Estado de direito. Se o princípio do Estado de direito se revelou como uma “linha Maginot” entre “Estados que têm uma constituição” e “Estados que não têm uma constituição”, isso não significa que o Estado Constitucional moderno possa limitar-se a ser apenas um Estado de direito. Ele tem de estruturar-se como Estado de direito democrático, isto é, como uma ordem de domínio legitimada pelo povo. A articulação do “direito” e do “poder” no Estado constitucional significa, assim, que o poder do Estado deve organizar-se e exercer-se em termos democráticos. O princípio da soberania popular é, pois, uma das traves mestras do Estado constitucional.

O jurista português destacou acima a importância de o Estado Constitucional moderno ter a democracia como um de seus principais pilares. Fez alusão, também, ao princípio da soberania popular, sempre presente no ordenamento jurídico constitucional instituidor de um Estado Social e Democrático de Direito (CANOTILHO, 1998). No caso brasileiro, a Constituição Federal de 1988, logo no Parágrafo Único de seu art. 1º, assegura que “*todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição*” (BRASIL, 1988).

Em que pese “todo poder emane do povo”, no Brasil, conforme expressa previsão constitucional, grande maioria dos rumos do País acabam sendo tomados pelos representantes legitimamente eleitos, em todos os níveis da federação. Essa é

a chamada democracia indireta ou representativa. Para tanto, são realizadas eleições diretas e periódicas, onde a população acaba por escolher e eleger seus representantes, atribuindo-lhes a missão de exercer as funções típicas e, por vezes, atípicas, dos poderes Executivo e Legislativo. É o que ensina Silva (2005, p. 137):

Na democracia representativa a participação popular é indireta, periódica e formal, por via das instituições eleitorais que visam a disciplinar as técnicas de escolha dos representantes do povo. A ordem democrática, contudo, não é apenas uma questão de eleições periódicas, em que, por meio do voto, são escolhidas as autoridades governamentais. Por um lado, ela consubstancia um procedimento técnico para a designação de pessoas para o exercício de funções governamentais. Por outro, eleger significa expressar preferência entre alternativas, realizar um ato formal de decisão política.

Todavia, conforme se depreende do Parágrafo Único do art. 1º da CRFB/1988 (supracitado), existem hipóteses em que a democracia também pode ser diretamente exercida pela população (democracia direta). Silva (2005, p. 136) preceitua que a “democracia direta é aquela em que o povo exerce, por si, os poderes governamentais, fazendo leis, administrando e julgando; constitui reminiscência histórica”.

Pelo fato de a CRFB/1988 ter adotado tanto mecanismos de democracia indireta ou representativa quanto alguns mecanismos de democracia direta, o modelo democrático vigente no Brasil acaba sendo o semidireto ou misto (SILVA, 2005, p. 136).

Nessa toada, oportuno ressaltar os principais e mais conhecidos institutos constitucionais que possibilitam o exercício da democracia semidireta, sendo: 1) ação popular (art. 5º, LXXIII, da CRFB/1988, c/c Lei nº 4.717/1965); 2) plebiscito e referendo (arts. 14, I e II e 49, XV, da CRFB/1988 c/c Lei nº 9.709/1998); e 3) leis de iniciativa popular (arts. 14, III e 61, § 2º, da CRFB/1988 c/c Lei nº 9.709/1998). Como visto, referidos mecanismos de democracia semidireta foram regulamentados por legislações infraconstitucionais. No caso da ação popular, o diploma normativo regulamentador é anterior ao advento do texto constitucional promulgado em 1988, tendo o primeiro sido recepcionado pelo último (BRASIL, 1965, 1988 e 1998).¹

¹ Existem autores como, por exemplo, Vicente Paulo, Marcelo Alexandrino e Flávio Martins Alves Nunes Júnior que conceituam os institutos constitucionais da ação popular, plebiscito, referendo e iniciativa popular como mecanismos de democracia direta. Todavia, neste ensaio, utilizou-se o entendimento de José Afonso da Silva sobre a temática, que classifica referidos institutos como sendo mecanismos de democracia semidireta ou mista (SILVA, 2005; PAULO; ALEXANDRINO, 2015; NUNES JÚNIOR, 2020).

A ação popular, remédio constitucional extremamente antigo na história do Brasil (regulamentado desde a Constituição Política do Império do Brasil de 1824, em seu art. 157), já foi utilizado incontáveis vezes por cidadãos, considerados aqueles que se encontram em pleno gozo de seus direitos políticos, tendo, pelo menos, capacidade eleitoral ativa (art. 1º, § 3º, da Lei nº 4.717/1965) (BRASIL, 1824 e 1965). Por sua vez, os institutos do plebiscito e referendo, nos mais de trinta anos de promulgação da CRFB/1988, foram utilizados somente uma vez de cada (em âmbito nacional).

O único plebiscito nacional realizado durante a vigência da CRFB/1988 já havia sido programado desde a promulgação do aludido texto constitucional, tendo expressa previsão no art. 2º, caput, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, dispondo que “*no dia 7 de setembro de 1993 o eleitorado definirá, através de plebiscito, a forma (república ou monarquia constitucional) e o sistema de governo (parlamentarismo ou presidencialismo) que devem vigorar no País.*” (BRASIL, 1988).

Conforme se depreende do dispositivo constitucional supra, referido plebiscito de âmbito nacional objetivou possibilitar que a população decidisse se a forma de governo no Brasil continuaria sendo a republicana ou se deveria ser substituída pela monarquia, bem como se o presidencialismo permaneceria vigente no País na condição de sistema de governo ou melhor seria substituí-lo pelo parlamentarismo (NUNES JÚNIOR, 2020). Na ocasião, a população decidiu pela manutenção da República e do presidencialismo como forma e sistema de governo, respectivamente.

Uma importante informação histórica diz respeito à data da realização do plebiscito em debate. Em que pese tenha sido inicialmente programado para ocorrer em 07/09/1993, referido mecanismo constitucional de democracia semidireta foi antecipado em alguns meses daquele mesmo ano, mais especificamente em 21/04/1993, em virtude das alterações promovidas no art. 2º, do ADCT, por meio da promulgação da Emenda Constitucional nº 2, de 25 de agosto de 1992 (BRASIL, 1992).

Somente por conhecimentos gerais, ressalta-se que alguns juristas que escrevem sobre a aplicabilidade das normas constitucionais classificam o art. 2º, do ADCT como *norma constitucional de eficácia exaurida*. Isto, pois, a partir do momento em que houve a realização do plebiscito nacional, em 21/04/1993, os objetivos e

efeitos práticos da norma constitucional foram completamente esgotados. Tal dispositivo legal se tornou, portanto, “letra morta” (NUNES JÚNIOR, 2020, pp. 328-329).

Já o único referendo nacional realizado na vigência da CRFB/1988 ocorreu no Brasil no dia 23 de outubro de 2005, possibilitando que a população decidisse sobre a proibição da comercialização de armas de fogo e munições no País, com exceção das entidades previstas no art. 6º, da Lei nº 10.826/2003 (Estatuto do Desarmamento). Na ocasião, maioria do eleitorado (63,94%) optou pela não proibição (NUNES JÚNIOR, 2020).

Além dos institutos constitucionais supracitados, mais comuns para exemplificar o exercício da democracia participativa ou semidireta, Silva (2005, p. 142) complementa que “a Constituição adotou outras formas de democracia participativa, como as consagradas nos arts. 10, 11, 31, § 3º, 37, § 3º, 74, § 2º, 194, VII, 206, VI, 216, § 1º”.

Toda essa abertura constitucional para a participação popular nas decisões governamentais possui frontal vinculação com o exercício da cidadania, observância da dignidade da pessoa humana, da justiça social, efetivação da igualdade material e dos direitos sociais fundamentais (fundamentos, princípios e premissas basilares de um Estado Social e Democrático de Direito). Nessa conjuntura, Streck e Morais (2008, pp. 97-98) discorrem que

O Estado Democrático de Direito tem um conteúdo transformador da realidade, não se restringindo, como o Estado Social de Direito, a uma adaptação melhorada das condições sociais de existência. Assim, o seu conteúdo ultrapassa o aspecto material de concretização de uma vida digna ao homem e passa a agir simbolicamente como fomentador da participação pública no processo de construção e reconstrução de um projeto de sociedade, apropriando-se do caráter incerto da democracia para veicular uma perspectiva de futuro voltada à produção de uma nova sociedade, onde a questão da democracia contém e implica, necessariamente, a solução do problema das condições materiais de existência.

Nessa senda, resta comprovado que talvez o principal avanço proporcionado pelo advento da CRFB/1988 (elaborada com ampla participação e mobilização social) foi a inserção da cidadania participativa. Possibilitar constitucionalmente a participação do povo nos rumos tomados pelo governo representou verdadeira ruptura de paradigma, se comparado às outras formas de Estado e de Governo anteriormente vigentes no Brasil (VIEIRA, 2013, p. 187). Essa participação popular (mesmo que ainda modesta), contribui (e muito) na efetivação

dos direitos sociais fundamentais (obrigações constitucionais positivas existentes para garantia de um mínimo existencial a todos os seres humanos), sendo as políticas públicas o principal meio para a “retirada do papel” dos dispositivos de cunho social introduzidos na CRFB/1988 pelo Constituinte Originário e também, em momentos posteriores, pelo Constituinte Derivado Reformador.

O Estado Social e Democrático de Direito, basicamente, conseguiu colocar em prática diversos objetivos perseguidos pelo Estado Social, que nunca haviam sido efetivados. Todavia, mesmo com incontestáveis avanços, também não se pode olvidar que essa forma de Estado ainda é “muito jovem” no Brasil e, por este e outros motivos, vem enfrentando inúmeras dificuldades para o cumprimento satisfatório das prestações positivas esculpidas no texto constitucional.

Sem dúvidas, ainda há grande distância entre o que “está no papel” e a realidade da vida em sociedade. Inclusive, esta dificuldade de os Poderes Executivo e Legislativo obedecerem aos comandos constitucionais de garantia dos direitos sociais fundamentais vem acarretando progressiva e demasiada judicialização em busca da efetivação desses direitos. A propósito, a concretização das prestações sociais por meio das políticas públicas será a temática abordada no tópico seguinte, principalmente no que concerne ao processo de formulação de ações governamentais.

2.3. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS E A SUA CONCRETIZAÇÃO POR MEIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O termo “políticas públicas” é considerado polissêmico. Não há uma definição única para conceituá-lo. Nessa perspectiva, incontáveis juristas se manifestam com objetivo de encontrar uma definição mais adequada para referido termo. A título exemplificativo e inicial, Schmidt (2018, p. 122) leciona que

[...] políticas públicas são respostas do poder público a problemas políticos. Ou seja, as políticas designam iniciativas do Estado (governos e poderes públicos) para atender demandas sociais referentes a problemas políticos de ordem pública ou coletiva.

Já para Di Giovanni (2009, p. 11), o conceito de políticas públicas está apto a sofrer alterações ao longo do tempo, uma vez que a sociedade se encontra em

constante transformação, em todos os setores. A população, por exemplo, vai mudando a forma de pensar e, portanto, de “enxergar o mundo”. Com isso, os governos precisam sempre estar reinventando seus respectivos modelos de gestão, de modo a acompanhar as evoluções e transformações sociais. Atualmente, cada vez mais, a tecnologia vem sendo implementada nas ações governamentais, como forma de facilitar a atuação estatal na efetivação das políticas públicas, o que não acontecia até um passado recente, em virtude da célere evolução virtual e digital que, bem dizer, dominou o mundo nos últimos anos. Portanto, atual e eventual conceito de políticas públicas certamente poderá se mostrar desatualizado em momento futuro.

Na concepção de Rua (s/d, p. 1), política pública é aquela que “geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas”.

Saravia e Ferrarezi (2006, p. 28), por sua vez, entendem que as políticas públicas são estratégias de cunho político adotadas pelo Poder Público, capazes de combater e resolver problemas que vêm acarretando desequilíbrios na vida em sociedade. Políticas públicas são implementadas por pessoas (principalmente aquelas vinculadas à administração pública) e para pessoas.

Portanto, resta evidenciada a polissemia do termo. Todavia, o principal é que essas políticas públicas, uma vez formuladas e implementadas, consigam resolver ou, ao menos, minimizar os problemas políticos que se apresentam na sociedade.

Insta frisar que as demandas sociais são gigantescas ou, quiçá, infinitas. É plenamente impossível que o Poder Público consiga resolver todos os problemas políticos que afligem a sociedade. Não há tempo hábil, tampouco recursos públicos suficientes para tanto. Com efeito, a escassez da verba pública obriga que os agentes políticos estabeleçam prioridades. Isto é, selecionem determinado número de problemas políticos que devem ser objeto de atuação governamental prioritária, em detrimento de outros, que acabam por ficar “em segundo plano” (SCHMIDT, 2018, p. 122).

A escolha de dar prioridade à resolução de determinado(s) problema(s) social(is) decorre de diferentes motivos, dentre eles, importante ressaltar os principais: 1) promessas e compromissos de campanha firmados pelos agentes políticos; 2) concepções ideológicas dos agentes envolvidos no processo de formulação da política pública voltada à resolução do aludido problema político; 3) influência da

classe empresarial detentora de elevado poder econômico; 4) maior mobilização de determinados setores sociais (afinal, alguns setores da sociedade possuem maior organização e poder de mobilização do que outros, obtendo, conseqüentemente, maior “vez e voz” perante os órgãos públicos) (SCHMIDT, 2018, p. 122).

Estabelecidas essas premissas, importante entender, agora, as etapas vivenciadas pelas políticas públicas antes, durante e depois de sua efetiva implementação. Diversos autores escrevem sobre os ciclos/fases das políticas públicas, havendo divergências quanto ao número de etapas, porém, convergência quanto ao objetivo final da política pública. Nesta pesquisa, adotar-se-á a “teoria dos ciclos”, de João Pedro Schmidt, que divide em cinco fases o processo de criação de uma política pública. Sendo assim, para Schmidt (2018, p. 131),

A teoria dos ciclos elenca cinco fases que permitem entender como uma política surge e se desenvolve: (i) percepção e definição do problema; (ii) inserção na agenda política; (iii) formulação; (iv) implementação; e (v) avaliação.

Em que pese cinco sejam as fases das políticas públicas, este ensaio se limita (principalmente no terceiro e último capítulo, que possui viés prático) ao estudo dos três primeiros ciclos das políticas públicas acima citados, quais sejam: (i) percepção e definição do problema; (ii) inserção na agenda política; e (iii) formulação. Portanto, todas as cinco fases serão dissertadas ainda neste tópico, todavia, dar-se-á maior ênfase às três primeiras, como forma de interligar as informações deste capítulo com aquelas futuramente descritas no terceiro e último. Complementarmente, serão citados e/ou parafraseados textos de outros autores que também dissertam sobre a temática.

Frisa-se, por oportuno, que as fases das políticas públicas acima citadas também se aplicam ao processo de elaboração de ações, serviços, programas, projetos, planos, entre outras estratégias governamentais aptas a promover a efetivação de direitos sociais fundamentais.

Inicialmente, dentre todas as fases elaborativas de uma política pública, se encontra a “percepção e definição do problema”. Mas como é possível definir e priorizar um ou mais problemas diante da infinidade de demandas sociais que precisam ser resolvidas? Pois bem. Para que determinado problema político se destaque perante os demais, este precisa efetivamente ganhar notoriedade, a ponto

de chegar, principalmente, nas mesas de debates dos agentes políticos (SCHMIDT, 2018, p. 131).

A respeito da temática, Melazzo (2010, p. 15) contribui que

A percepção e a definição dos problemas que podem ou devem entrar e permanecer na agenda pública por um determinado período de tempo envolve as reais possibilidades de um grupo de interesse, em transformar determinada situação-problema específica em uma questão de alcance mais geral, de modo que parcelas cada vez maiores da sociedade compartilhem percepções e entendimentos de maneira comum, possibilitando sua incorporação como questão que merece e/ou exige um tratamento a partir de políticas públicas.

No cenário contemporâneo, as mídias são consideradas grandes responsáveis por influenciar o Poder Público na tomada de decisões no tocante à definição de determinados problemas que devem ser solucionados por meio de políticas públicas. Negros, crianças e adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, por exemplo, sempre enfrentaram (e ainda continuam enfrentando) inúmeras dificuldades de inserção social. Todavia, somente nas últimas décadas (e de forma ainda mais acentuada nos últimos anos) é que os governos começaram a se preocupar efetivamente com o combate às dificuldades, desigualdades e desproporcionalidades enfrentadas por esses setores da sociedade. A legislação brasileira foi se tornando mais protetiva e intervencionista para com essas classes. E a mídia, sem dúvidas, influenciou diretamente a tomada de decisões governamentais no que diz respeito à definição de problemas prioritários que devem ser objeto de atuação estatal em favor desses setores (SCHMIDT, 2018, pp. 131-132).

Todavia, não se olvida que os meios de comunicação são seletivos. Isto é, escolhem e priorizam as temáticas que serão apresentadas. Em determinadas situações, as mídias realmente conseguem exercer influência positiva sobre os entes federativos para que estes últimos encontrem soluções às demandas sociais. Já em outros casos, temas que envolvem escândalos de corrupção, por exemplo, são frequentemente abordados pelos veículos de imprensa, contudo, não deixam de existir por conta das constantes críticas e pressões midiáticas (SCHMIDT, 2018, p. 132).

Uma vez definido(s) o(s) problema(s) social(is) que necessita(m) de intervenção do Estado, necessário, agora, inseri-lo(s) na agenda política. Esta é a segunda etapa do ciclo das políticas públicas. Insta frisar, num primeiro momento, que as agendas governamentais não são documentos formais e se encontram em

permanente transformação. São formadas pelos temas que, anteriormente, foram elencados como de resolução prioritária por parte da administração pública (SCHMIDT, 2018, p. 132).

Rua (2014, p. 62) entende que

Uma agenda de políticas consiste em uma lista de prioridades inicialmente estabelecidas, as quais os governos devem dedicar suas energias e atenções, e entre as quais os atores lutam arduamente para incluir as questões de seu interesse. A agenda de políticas resulta de um processo pouco sistemático, extremamente competitivo, pelo qual se extrai, do conjunto de temas que poderiam ocupar as atenções do governo, aquelas questões que serão efetivamente tratadas.

Por envolver no processo tantas pessoas físicas e jurídicas, as prioridades escolhidas para integrar a agenda política acabam se transformando em verdadeiro “cabo de guerra”, eis que cada grupo, classe, órgão governamental ou entidade busca fazer prevalecer seus interesses. Nesse diapasão, Schmidt (2018, p. 132) discorre que “o governo tem as suas prioridades, a oposição tem outras, assim como o empresariado, os sindicatos de trabalhadores e os movimentos sociais têm questões próprias que pretendem tornar objeto de atenção pública”.

Todos esses setores diretamente interessados e, por consequência, envolvidos no processo de formação da agenda política se dividem em atores governamentais e não governamentais. Os primeiros são formados, basicamente, por pessoas físicas investidas em cargos públicos, bem como pessoas jurídicas de direito público (interno e externo). Já os segundos dizem respeito aos particulares interessados nos rumos futuramente tomados pelo governo (pessoas físicas não investidas em cargos públicos ou, pelo menos, não estando a serviço do ente que os remunera, além de pessoas jurídicas de direito privado, como, por exemplo, ONGs, partidos políticos, sindicatos, associações, entre outros) (RUA, 2014, pp. 62-63).

Evidente que, independentemente dos atores envolvidos no processo, algumas demandas específicas se encontram obrigatória e permanentemente inseridas em todas as agendas políticas de todos os entes federativos. Estas envolvem, principalmente, direitos sociais esculpidos na CRFB/1988 (saúde, educação, assistência social, segurança, entre outros.) (SCHMIDT, 2018, p. 132). Na realidade, praticamente todas as políticas públicas implementadas possuem direta vinculação com, pelo menos, um direito social. Afinal, o respeito à dignidade da pessoa humana e a garantia do “mínimo existencial” giram em torno da efetivação dos

direitos sociais fundamentais, e as políticas públicas, como já ressaltado em momento pretérito, são formuladas por pessoas e para pessoas.

Vencidas as barreiras, principalmente oriundas dos “jogos de interesses” perpetrados por atores governamentais e não governamentais, somente alguns dos tantos problemas políticos conseguem ser efetivamente inseridos na agenda governamental. Ou seja, muitas das demandas sociais inicialmente postas em debate pelos agentes políticos acabam “ficando no caminho”. Filtram-se as prioritárias, de acordo com os interesses dos atores envolvidos. Entretanto, a inserção de determinado problema na agenda política não assegura, obrigatoriamente, que este será combatido por uma política pública em momento futuro, mas, sim, que referida temática será objeto de debates no sentido de procurar soluções eficazes (RUA, 2014, p. 69).

Sempre que um problema político avança os dois ciclos/fases iniciais das políticas públicas, entende-se, sem dúvidas, que este já prevaleceu em detrimento de muitos outros que foram colocados em segundo plano. Após a constatação do problema e sua inserção na agenda governamental, chega o momento de formular uma política pública capaz de resolver ou, ao menos, minimizar os efeitos negativos que aludido problema vem causando na vida da população em geral ou de, pelo menos, determinada parcela populacional.

O processo de formulação de uma política pública geralmente envolve grande número de pessoas. Isto é, várias “cabeças pensantes” levantam hipóteses e alternativas capazes de resolver aquele problema político objeto de intervenção estatal. Nessa fase costumam ser muitos os debates, negociações, acordos e outras formas de contemplar democraticamente as ideias levantadas pelos agentes governamentais e não governamentais envolvidos no processo (SCHMIDT, 2018, p. 133).

Nessa conjuntura, Rua (2014, p. 84) discorre que

[...] a formulação das alternativas é um dos mais importantes momentos do processo decisório, porque é quando se evidenciam os vários *issues*² e é quando se colocam claramente as preferências dos atores, manifestam-se os seus interesses. E é então que os diversos atores entram em confronto e/ou constroem suas alianças visando decisões favoráveis às suas preferências. Para isso, cada um deles procurará mobilizar seus recursos de poder e pressionar os tomadores de decisão: influência, capacidade de afetar o

² Segundo Maria das Graças Rua, “*issue* é um item ou aspecto de uma decisão, que afeta os interesses de vários atores.”

funcionamento do sistema, argumentos de persuasão, votos, organização etc.

De todas as opções levantadas para solucionar o problema político, uma delas, via de regra, será escolhida. Para tanto, necessário se faz estudar os prós e contras de cada uma das alternativas postas em debate. Situação, esta, que demanda tempo. Afinal, nenhuma política pública é formulada da noite para o dia. Portanto, antes da escolha final, primordial é que sejam mensurados os custos para implementação da aludida política pública, seu grau de eficácia, tempo para resolução do problema, as possíveis consequências e impactos que pode causar na sociedade, entre outros relevantes fatores (RUA, 2014, p. 86).

A propósito, é dever constitucional do Poder Público planejar e mensurar antecipadamente os custos que a política pública acarretará ao erário, detalhando-os nos intitulados “instrumentos de planejamento governamental”, que são: 1) Plano Plurianual – PPA (inciso I e § 1º do art. 165 da CRFB/88); 2) Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO (inciso II e § 2º do art. 165 da CRFB/88); e 3) Lei Orçamentária Anual – LOA (inciso III e §§ 5º e 8º do art. 165 da CRFB/88) (BRASIL, 1988; ENAP, 2021).³

Ressalta-se, adiante, que a alternativa escolhida para combater o problema político, ao tempo que contempla ideias de diversos atores, também deixa de englobar inúmeras sugestões que tiveram que ser deixadas de lado em prol do fechamento de um acordo entre todos os envolvidos. Isto, pois, diante de tantos interesses diversos, os atores geralmente precisam ceder em determinados pontos, visando encontrar um consenso que possibilite a futura implementação da ação governamental. De todo modo, se construída “à várias mãos”, tende a política pública ser mais eficaz do que se formulada somente por uma pessoa ou grupo seletivo (RUA, 2014, p. 86).

Durante essa fase, os Poderes Legislativo e Executivo costumam ganhar incontestável notoriedade, eis que o processo de formulação de uma política pública geralmente envolve a edição de lei(s) e ato(s) normativo(s) infralegal(is). Claro que o(s) diploma(s) normativo(s) em si não são efetivamente a política pública, mas, sim, o(s) instrumento(s) regulamentador(es) da referida ação estatal. Organizam a forma

³ O conceito e as finalidades dos instrumentos de planejamento governamental (PPA, LDO e LOA) não serão esmiuçados neste estudo. A menção dos mesmos teve o exclusivo intuito de demonstrar que os gastos com as políticas públicas formuladas e implementadas, por óbvio, serão sempre objeto de rigorosa prestação de contas, sendo dever dos atores envolvidos encontrar a melhor alternativa de ação governamental (isto é, a mais eficaz e que demande o menor dispêndio de recursos públicos, consoante princípio da eficiência – art. 37, “caput”, da CRFB/1988).

de condução futura da política pública, traçando objetivos, responsabilidades e metas dos agentes políticos envolvidos no processo futuro de implementação. Afinal, é necessário que se estipule um prazo, pelo menos em momento inicial, para resolução do problema político. A população necessita de resposta governamental em tempo razoável à complexidade da demanda a ser combatida (SCHMIDT, 2018, p. 133).

No Brasil, as políticas públicas em geral costumam ser regulamentadas por lei. Até porque o Estado Social e Democrático de Direito é regido, dentre outros, pelo princípio da legalidade, sendo o ordenamento jurídico brasileiro extremamente extenso. Regular uma política pública por meio de lei(s) e, posteriormente, mediante ato(s) normativo(s) infralegal(is), significa promover a participação direta dos poderes Executivo e Legislativo (onde se encontram os representantes legitimamente eleitos pelo povo) no processo de formulação, situação que proporciona maior legitimidade à ação governamental. Quão mais legítimo e democrático for o processo de elaboração da política pública, mais provável será que esta consiga ser exitosa quando de sua implementação.

Como já ressaltado anteriormente, o foco da pesquisa se volta aos três primeiros ciclos das políticas públicas. E foram esses, justamente, os abordados até aqui. Todavia, importante também discorrer, mesmo que de forma muito breve, acerca das duas últimas fases. Sendo assim, após formulada a ação governamental, chega o momento de sua implementação na sociedade. Sobre essa etapa, Schmidt (2018, p. 135) discorre que

A implementação é a fase da execução, da concretização do que foi planejado na etapa da formulação. As diretrizes constantes nos documentos da política, dos planos, dos programas e dos projetos são passadas a orientar a prática através de ações e atividades que afetam diretamente a vida dos cidadãos. Não é um momento apenas “prático”, de execução do que foi planejado anteriormente; são requeridas novas decisões e são comuns redefinições acerca de determinados aspectos da formulação inicial.

Isto é, quando do momento da implementação de uma política pública, todo o planejamento (operacional e financeiro) já precisa ter sido anteriormente traçado. Mesmo assim, na hora de “tirar do papel” das ideias formuladas, é inevitável que surjam imprevistos que obriguem os agentes envolvidos a traçar novas estratégias, de modo que seja viável administrar o processo de execução da aludida ação governamental (RUA, 2014, p. 90).

Frisa-se que a política pública nem sempre será diretamente implementada pelo Poder Público. É possível que haja, dentre outras possibilidades, a delegação

por parte do Estado para que particulares executem a ação governamental anteriormente formulada, conforme expressa previsão do art. 175, “caput”, da CRFB/1988: “*incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.*” (BRASIL, 1988).

No Brasil, é muito comum que a responsabilidade pela execução de diversas ações governamentais seja delegada ao setor privado. Tal realidade, inclusive, é típica de praticamente todos os países capitalistas, onde o Estado fica responsável pela prestação direta somente dos serviços que envolvem a efetivação de direitos sociais, ainda contando, muitas vezes, com o auxílio de particulares e do terceiro setor. Nessa toada, oportuno frisar que o neoliberalismo (emergido e progressivamente fortalecido nas últimas décadas) defende que o Poder Público exerça interferência somente em áreas extremamente específicas, delegando aos particulares a maioria esmagadora dos serviços estatais (SCHMIDT, 2018, p. 136).

Depois de perpassado determinado lapso temporal contado do início da implementação da política pública, já se torna (ou, pelo menos, deveria se tornar) possível verificar se aquela realmente surtiu os resultados e efeitos práticos esperados. Para tanto, os agentes envolvidos iniciam a última etapa do ciclo das políticas públicas, que consiste na avaliação geral de eficácia da aludida ação governamental. É necessário, então, realizar um levantamento de todos os erros e acertos cometidos, de modo a constatar os pontos que devem ser mantidos e os que precisam de alteração ou aperfeiçoamento. Incontroverso que praticamente todas as políticas públicas demandam constante aprimoramento para que não sejam encerradas, até porque a sociedade também se encontra em permanente transformação, precisando aludida política sempre se (re)adequar aos anseios sociais (SCHMIDT, 2018, p. 137).

Um mecanismo muito importante de avaliação de políticas públicas existente nos Estados democráticos diz respeito às eleições periódicas, onde a população, por meio do voto, tem a oportunidade de aprovar ou reprovar determinado governo. Sobre esta temática, Schmidt (2018, p. 137) leciona que a continuidade de determinado governo mediante reeleição do chefe do poder executivo ou até eleição de eventual(is) sucessor(es) propicia, principalmente, a manutenção e aperfeiçoamento das políticas públicas já implementadas. D’outro modo, o êxito no pleito eleitoral de outros agentes políticos com linhas ideológicas diversas também

possibilita o efetivo ingresso na gestão pública de novas linhas de pensamento, que certamente ensejarão o início de novas ações governamentais não contempladas pelos governos anteriores.

Todavia, existem políticas públicas que precisam, obrigatoriamente, permanecer gerando efeitos positivos à sociedade, independentemente das concepções ideológicas dos agentes políticos que sucederem o governo que as implementou. Por óbvio, o bem-estar e a qualidade de vida da população devem sempre prevalecer em detrimento de disputas político-ideológicas. Com efeito, a solução para a permanência de uma política pública governo após governo consiste em sua institucionalização. Isto é, se determinada política pública (principalmente se implementada para combater um problema político considerado permanente) estiver se mostrando eficaz, esta poderá e deverá ser institucionalizada, mantendo seus efeitos práticos e positivos por tempo indeterminado.

Schmidt (2018, p. 127) defende que a institucionalização das políticas públicas permite que a sociedade continue tendo benefícios com as atividades estatais desenvolvidas governo após governo. Uma ação governamental institucionalizada é de suma importância para que não haja a intitulada “descontinuidade administrativa”, que acontece quando um novo governante acaba “deixando de lado” uma política pública implementada por gestões anteriores, mesmo que muito benéfica, seja por entender que existem outras prioridades, seja por divergências ideológicas e/ou político-partidárias que acabem se sobrepondo à coletividade.

Exemplo de política pública institucionalizada no Brasil é o Sistema Único de Saúde – SUS, implementado com o advento da CRFB/1988 e que permanece em constante aprimoramento, amparando a população brasileira governo após governo no que concerne às ações e serviços de saúde. O SUS é um exemplo de ação governamental de caráter universal. Ou seja, de acesso a todos que dele necessitarem (SCHMIDT, 2018, p. 125).

Por outro lado, também existem políticas públicas focalizadas, ou seja, que buscam solucionar problemas sociais que vêm prejudicando a qualidade de vida de segmentos populacionais específicos. Na prática, maioria das políticas públicas são formuladas para combater demandas focalizadas, isto é, que não interferem negativamente na vida da população como um todo, mas, somente, de parte dela (SCHMIDT, 2018, p. 125).

Para que este trabalho mantenha consonância com a realidade, não se pode deixar de frisar que nem todas as ações governamentais são efetivamente capazes de gerar resultados positivos ou, quiçá, possuem esse intuito. Algumas se enquadram somente na categoria de “simulacros ou jogos de cena”, conforme leciona Schmidt (2018, p. 126):

A necessidade de dar respostas às demandas sociais é tão premente para os governantes que por vezes as respostas não passam de simulacros ou jogos de cena. Sem capacidade real para resolver um problema, são adotadas medidas paliativas ou de desvio de atenção. Um exemplo: a criação de comissões, de grupos de trabalho ou de um novo órgão público após a ocorrência de eventos de grande repercussão (como desastres ambientais, deslizamentos de terra, enchentes, rompimento de barragens). Passado o momento inicial de comoção e pressão, em grande parte dos casos nenhuma política pública consistente é estabelecida e o problema volta a se repetir ciclicamente.

De todo modo, mesmo com todas as dificuldades práticas enfrentadas, resta incontroverso que as políticas públicas representam o melhor caminho para que o Poder Público promova a efetivação dos direitos sociais. O SUS, por exemplo, na condição de política pública institucionalizada e de caráter universal (conforme já mencionado anteriormente), proporcionou verdadeira reviravolta na prestação dos serviços de saúde no Brasil, sendo o texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 efetivamente responsável por tamanha mudança.

Uma vez abordada a temática das políticas públicas, importante, agora, evidenciar sua vinculação direta com a efetivação dos direitos sociais fundamentais, principalmente pela atuação dos Poderes Executivo e Legislativo, mas, de forma cada vez mais recorrente, através da interferência do Poder Judiciário (de forma subsidiária). Pois bem.

Para que “saíam do papel” e repercutam em melhorias nas condições de vida da população, os direitos sociais fundamentais exigem a atuação positiva do Estado. Essa atuação estatal se dá, na grande maioria das vezes, por meio da formulação e implementação das próprias políticas públicas anteriormente abordadas, situação que acarreta custos ao erário.

Em que pese o art. 6º, “caput”, da CRFB/1988 (que regulamenta os direitos sociais fundamentais) já seja amplamente conhecido pelos operadores do direito, é extremamente oportuno trazê-lo ao presente estudo, em sua plena literalidade. Sendo assim:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Ainda, muito recentemente, por meio da promulgação da EC nº 114, de 16 de dezembro de 2021, foi incluído ao art. 6º supra um Parágrafo Único, tendo vinculação direta com o direito social “assistência aos desamparados” (assistência social):

Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária (BRASIL, 2021).

Nem todos os direitos sociais previstos no dispositivo supra já faziam parte do ordenamento jurídico constitucional desde a época da promulgação da CRFB/1988, em 5 de outubro de 1988. Alguns direitos sociais foram inseridos no texto constitucional em momento posterior, por meio da atuação do Poder Constituinte Derivado Reformador, sendo eles: a “*moradia*”, incluída no texto constitucional por meio da promulgação da Emenda Constitucional – EC nº 26, de 14 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000); a “*alimentação*”, inserida no texto constitucional através da EC nº 64, de 4 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010); e o “*transporte*”, incluído na CRFB/1988 por meio da EC nº 90, de 15 de setembro de 2015 (BRASIL, 2015).

Isto, pois, quando da promulgação da CRFB/1988, muito provavelmente o Constituinte Originário ainda não havia enxergado a necessidade de regulamentar todos os direitos sociais fundamentais hoje existentes. Até porque a sociedade se encontra em constante transformação. Havendo mudanças no convívio em sociedade, também surge a necessidade de o legislador promover alterações no ordenamento jurídico, revogando, alterando ou incluindo novos diplomas normativos (DIÓGENES JÚNIOR, s/d, p. 1).

É sempre através da constatação e diagnóstico da realidade e problemas sociais que “nasce” no legislador o sentimento da necessidade de elaboração das normas. A sociedade se encontra sempre à frente do direito. Uma norma é inserida no ordenamento jurídico justamente para buscar solucionar ou amenizar determinado problema ou necessidade que se apresenta no convívio social, estabelecendo, assim, maiores níveis de pacificidade entre os seres humanos e/ou proporcionando maiores e melhores condições do exercício de uma vida digna (SILVA; ALVES, s/d, p. 17).

Tendo em vista a permanente mudança e transformação que se submete a sociedade, por consequência, também sempre estão sendo introduzidas no ordenamento jurídico novas leis capazes de regulamentar o convívio social e atender as demandas sociais durante determinado lapso temporal e, se possível, ao longo dos anos que sucederem a publicação da lei, até que referido diploma legal eventualmente acabe, de forma progressiva, perdendo seu efeito prático em virtude das evoluções e mudanças sociais. Deixando de ter efeito prático, a lei vira “letra morta”, cabendo ao legislador revogá-la ou alterá-la, eis que, em momento passado, suas previsões foram úteis, porém, hoje se encontram em desarmonia e descompasso com o exercício da vida diária (SILVA; ALVES, s/d, p. 17).

D’outro modo, é plenamente impossível que o legislador consiga regulamentar em lei todos os casos concretos que podem vir a ocorrer por conta das necessidades, condutas, comportamentos ou ações humanas. Acerca do assunto, Ascensão (s/d, p. 917) discorre que

A mente humana não é capaz de contemplar toda a realidade. As previsões legais, por mais pormenorizadas, são com frequência ultrapassadas pela realidade: a vida é mais imaginativa que o legislador.
Até leis que são completas no momento em que são postadas em vigor acabam por se tornar lacunosas perante a alteração de condições sociais.

Nessa toada, não é forçoso ressaltar que o próprio legislador reconheceu a impossibilidade de a legislação regulamentar soluções que abarquem todos os casos concretos que se apresentam no Poder Judiciário. O Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro – LINDB), por exemplo, dispõe em seu art. 4º que “*quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito*” (BRASIL, 1942).

Já o Código de Processo Civil de 2015 - CPC/2015, em seu art. 140, reza que “*o juiz não se exime de decidir sob a alegação de lacuna ou obscuridade do ordenamento jurídico*” (BRASIL, 2015).

Como visto, as lacunas legislativas jamais deixarão de existir. Nunca conseguirá o legislador contemplar todos os casos concretos. Porém, o ordenamento jurídico brasileiro também não permite que nenhum litígio permaneça eternamente sem solução. Na ausência de regulamentação legislativa apta a dar um desfecho imediato ao caso concreto, deverá o magistrado encontrar a melhor solução jurídica

para a lide apoiando-se na analogia, nos costumes e/ou os princípios gerais do direito (SOUZA FILHO, 1997, p. 6).

E não é só a legislação infraconstitucional que veda aos magistrados a recusa de julgar um caso concreto. Essa obrigatoriedade de proferir decisão terminativa a toda e qualquer demanda judicial também encontra previsão na própria CRFB/1988, quando, em seu inciso XXXV do art. 5º, assegura que “*a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*” (BRASIL, 1988).

Ou seja, o acesso à Justiça configura direito fundamental, não podendo o julgador deixar de apreciar nenhum caso concreto, independentemente se a solução para a lide puder ser facilmente encontrada no ordenamento jurídico ou, na inexistência de legislação voltada ao tema, tenha o julgador que se “apoiar” nas fontes do direito. Ainda sobre do tema, Roque (2021, p. 5) discorre que “muitas vezes, sequer há leis específicas para a tutela de tais assuntos ou há normas contraditórias, o que exige um esforço do julgador do Direito na sua correta aplicação ao caso concreto”.

A partir daí é que surgem as jurisprudências e os precedentes, bem como as correntes doutrinárias. Porém, estas últimas são formadas pelos mais diversos operadores do direito, não somente pelos julgadores. O objetivo da reflexão acima (no sentido de demonstrar que nenhum magistrado poderá deixar de proferir decisão terminativa a qualquer processo) se volta ao intuito de ressaltar o fato de que, de forma cada vez mais rotineira, o Poder Judiciário vem sendo acionado para determinar que o Estado promova a efetivação de direitos sociais. Muitas vezes, os Poderes Executivo e Legislativo mantêm postura omissa ou denegatória de direitos, tendo a pessoa lesada que se valer dos mecanismos legais para, perante o órgão judicante, obter solução favorável ao seu problema. Tocante à legitimidade do Judiciário na efetivação de políticas públicas, Taylor (2007, p. 243) ressalta que

O Judiciário pode influenciar os resultados das políticas públicas tanto no momento da deliberação quanto na hora da implementação com uma variedade de possíveis estratégias: sinalizando as fronteiras permitidas para a alteração da política pública, sustentando-a e legitimando-a diante da possível oposição, atrasando uma decisão sobre uma determinada política e, assim, controlando a agenda de deliberação da política pública ou, até mesmo, alterando ou rejeitando a proposta após sua implementação.

Leite (s/d, p. 2) discorre que a interferência do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas ocorre tão somente pelo reiterado descumprimento, principalmente do Poder Executivo, de direitos sociais fundamentais previstos no texto constitucional. Por isso, não há que se falar em violação ao princípio

da separação dos poderes, eis que o Judiciário só “entra no jogo” para resolver um litígio onde o hipossuficiente não está tendo seus direitos respeitados. O órgão julgante é acionado para, basicamente, impedir que a drástica condição de desigualdade entre Poder Público e particular acabe fazendo com que este último nunca consiga ter acesso ao “mínimo existencial”.

Em sentido idêntico, Schwartz e Bortolotto (2008, pp. 260-261) aduzem que a interferência do Poder Judiciário só se justifica quando restar comprovada a inércia estatal na efetivação das prestações positivas esculpidas no texto constitucional. Afinal, a vida, muitas vezes, é o bem tutelado quando se fala em observância e cumprimento de direitos sociais. Portanto, não há qualquer interferência do órgão julgante na autonomia dos Poderes Executivo e Legislativo, mas, tão somente, uma determinação para que estes últimos não deixem o litigante em completo desamparo por toda a eternidade.

Exemplo clássico e talvez um dos mais recorrentes de intervenção do Poder Judiciário na efetivação de direitos sociais e políticas públicas se dá no campo da saúde pública, tema principal deste estudo. Leite (s/d, p. 2) discorre com maestria que a Administração Pública se encontra muito distante de conseguir atender às tantas necessidades da população no campo da saúde. Por este motivo, incontáveis ações judiciais são movidas diariamente contra os entes federativos (que possuem responsabilidade solidária) para que, somente após intervenção judicial, o medicamento, tratamento médico, cirurgia ou qualquer outra necessidade vinculada à saúde humana possa ser atendida.

Conforme acima apregoadado, as ações que envolvem a assistência à saúde são movidas, via de regra, em desfavor de todos os entes federativos. Ou seja, há responsabilidade comum e solidária das unidades federadas na efetivação deste direito social fundamental. Essa ideia restou ainda mais sedimentada quando o STF firmou a tese de repercussão geral no Tema 793, que se encontra transcrito, abaixo:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. RE 855178 ED/SE, rel. orig. Min. Luiz Fux, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 25.5.2019 (BRASIL, 2019).

Verifica-se que o STF adotou posicionamento extremamente correto e coerente ao mencionar a existência de competência comum e, portanto, solidária dos

entes federativos para garantia e acesso da população aos serviços e ações sanitárias. Afinal, os cidadãos se encontram em manifesta condição de desigualdade em relação ao Poder Público, precisando que, de um jeito ou de outro, o objetivo pleiteado na demanda seja atendido. Em outras palavras, ao jurisdicionado pouco importa qual das entidades federadas custeará o fármaco, tratamento, cirurgia ou outra necessidade vinculada à saúde. Pelo contrário. O importante é que seu direito fundamental à vida seja respeitado (NOGUEIRA, 2019, p. 23).

Face à responsabilidade solidária, cabe ao magistrado responsável pelo julgamento do caso concreto, observada a legislação constitucional e infraconstitucional, decidir qual dos entes federativos será financeiramente responsável por todos os custos necessários para a manutenção e garantia da saúde e da vida do jurisdicionado, bem como pelo ressarcimento dos gastos custeados anteriormente pelas outras unidades federadas. Uma vez definida o ente federativo, deverá este constar necessária e obrigatoriamente no polo passivo da demanda (NOGUEIRA, 2019, p. 23).

Um ponto que restou lacunoso no Tema 793, do STF, diz respeito a como a unidade federativa responsável pelas despesas sanitárias geradas pelo jurisdicionado será trazida ao feito, caso ainda não o integre desde o protocolo da inicial. Por exemplo: 1) será incluída de ofício pelo Magistrado no polo passivo do processo, caso o autor ainda não tenha promovido sua inclusão no momento do ajuizamento da demanda? 2) sua inclusão se dará mediante aditamento da inicial, no primeiro despacho judicial, após análise da petição inicial e documentação acostada? Estas foram questões omissas no Tema de repercussão geral julgado pelo Supremo. O que se pode afirmar, sem dúvidas é que, diante da responsabilidade solidária dos entes federativos pela promoção, prestação e acesso aos serviços de saúde, pelo menos uma das unidades federadas terá que suportar o ônus oriundo da condenação processual e “pagar a conta”, independentemente do valor e tempo necessários ao tratamento de saúde do litigante. A vida vem sempre em primeiro lugar! (NOGUEIRA, 2019, p. 13).

Toda a linha de raciocínio acima objetivou demonstrar que o Poder Judiciário vem assumindo papel cada vez mais decisivo na efetivação das políticas públicas, eis que, em virtude da gigantesca demanda e sob a alegação da ausência de recursos financeiros, o Estado acaba não atuando a contento ou se omitindo completamente no que diz respeito à efetivação de todas as pretensões positivas que

lhes são atribuídas, caracterizando, assim, pretensão resistida que possibilita o controle dos atos administrativos na esfera judicial.

Todavia, são os Poderes Executivo e Legislativo os responsáveis principais pela efetivação dos direitos sociais fundamentais. Afinal, a prerrogativa do Poder Judiciário para materialização de políticas públicas e direitos sociais constitui via de exceção. Ou seja, só pode o órgão judicante ser acionado quando houver omissão de garantia de direitos (portanto, desrespeito ao texto constitucional) por parte Poderes Executivo e Legislativo. Isto, pois, é desses últimos a obrigação típica de garantia das prestações estatais e consequente efetivação da dignidade humana.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CRFB/1988

É sabido que a República Federativa do Brasil, até os dias atuais, ainda conta com grande parte da população vivendo em condições de pobreza ou extrema pobreza. Isso não quer dizer que o Brasil, em si, seja um “País pobre”. Pelo contrário. O Brasil é um País extremamente rico, estando entre as maiores economias do Mundo. Por isso, há necessidade de se diferenciar as expressões “País pobre” e “País com pessoas pobres”. Esta última, infelizmente, ainda se verifica no cenário brasileiro de forma acentuada (DE BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000, p. 1).

Evidente que abordar com profundidade as temáticas da pobreza e da desigualdade social é uma tarefa extremamente complexa. Não é fácil interpretar o contexto histórico e entender porque um País com tamanha extensão territorial, grande número populacional e vasta diversidade cultural ainda enfrenta uma realidade permeada pela extravagante desigualdade social e regional, evidenciada pela desproporcional distribuição de renda, fazendo com que grande massa populacional permaneça indeterminadamente “às margens da sociedade” (DE BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000, p. 1).

Todavia, não se pode olvidar que, nas últimas décadas, o Brasil avançou muito no tocante à efetivação de direitos sociais, estes materializados por meio de prestações positivas, responsáveis pela redução e combate das desigualdades sociais e regionais. O marco institucional dessa reviravolta, sem dúvidas, foi a promulgação da CRFB/1988 que, inclusive, dispôs que “*erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais*” representa um dos objetivos fundamentais da República Federativa (BRASIL, 1988a).

De fato, o Constituinte Originário atribuiu grande importância aos direitos sociais quando da promulgação da CRFB/1988, não somente no corpo do artigo 6º, mas, também, em praticamente todo o texto constitucional. Inclusive, o termo “direitos sociais e individuais” já é mencionado desde o preâmbulo da Constituição. Isto é, antes mesmo do art. 1º, que versa sobre o Estado Social e Democrático de Direito (BRASIL, 1988b; NUNES JÚNIOR, 2020, p. 942)

Outro ponto importante é que, embora o Constituinte Originário não tenha inserido o termo “Social” na expressão “Estado Democrático de Direito”, é possível afirmar de forma segura e convicta que a República Federativa do Brasil também

carrega consigo diversas características de um Estado Social, face a extensa gama de direitos sociais fundamentais regulamentados, sendo a saúde, um deles, cuja principal política pública para materializar o acesso aos serviços e ações de saúde de forma universal se deu com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988c; NUNES JÚNIOR, 2020, p. 942)

Tecidas as breves considerações, necessário agora discorrer sobre os principais acontecimentos históricos caracterizados pela ampla participação popular que culminaram na criação do SUS (além dos principais dispositivos constitucionais e infraconstitucionais – incluindo os princípios/diretrizes – que versam sobre a saúde), abordando, primeiramente, como funcionava a prestação dos serviços de saúde no Brasil antes do surgimento do Sistema Único de Saúde. Portanto, este capítulo voltar-se-á a demonstrar o verdadeiro “divisor de águas” que foi a promulgação da CRFB/1988 tocante ao acesso à saúde no Brasil.

3.1 A SAÚDE VINCULADA AO SEGURO SOCIAL: CARÁTER CONTRIBUTIVO E NÃO UNIVERSAL

Em todos os momentos anteriores à promulgação do texto constitucional de 1988, o acesso à saúde se manteve vinculado a uma perspectiva meritocrática, permanecendo restrito àquelas pessoas que se encontravam inseridas no mercado de trabalho (com vínculo empregatício formal ativo) ou, ao menos, contribuía para o seguro social, bem como a seus dependentes. Isto é, a prestação dos serviços sanitários tinha semelhanças com a atual Previdência Social no Brasil. Dependia do cumprimento do requisito qualidade de segurado (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Diante de tal realidade histórica, pertinente iniciar este tópico discorrendo sobre o surgimento e evolução (principalmente legislativa) da Previdência Social brasileira, eis que possuía frontal vinculação com a prestação dos serviços sanitários (tema principal desta pesquisa).

Sendo assim, o primeiro ato significativo do Poder Público brasileiro voltado ao seguro social se deu no ano de 1923, quando, durante o governo do então Presidente Artur da Silva Bernardes, foi promulgada a “Lei Eloy Chaves” (Decreto nº 4.582, de 24 de janeiro de 1923). Referido diploma normativo é assim popularmente

conhecido, eis que proposto pelo, à época, Deputado Federal Eloy Chaves (BRASIL, 1923; CHIORO; SCAFF, s/d, p. 4)

Juntamente com a Lei Eloy Chaves foi criada uma Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAP, inicialmente direcionada aos trabalhadores do setor ferroviário. Rapidamente, foram surgindo outras CAPs, todas caracterizadas pelo modelo bipartite. Isto é, financiadas pela classe empresarial e pela classe trabalhadora (BATICH, 2004, p. 1).

Mercadante (2002, p. 3) leciona que,

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos.

Como visto, as CAPs se expandiram celeremente em diversas regiões do Brasil, representando inúmeras classes de trabalhadores e empresários. Porém, não existia uma legislação comum entre as Caixas. Cada entidade estabelecia seus respectivos regimentos internos, de acordo com os anseios do segmento representado. O orçamento das CAPs era advindo das contribuições pagas pelos trabalhadores e pelas empresas. Por isso, variava de acordo com o número de associados, interferindo, por consequência, na efetividade da prestação dos serviços previdenciários e de acesso à saúde (MERCADANTE, 2002, p. 3).

D'outro lado, existiam segmentos da sociedade que, embora contassem com grande número de trabalhadores, acabavam tendo pouca ou nenhuma representatividade em relação às CAPs. Exemplo clássico era dos trabalhadores rurais. À época, mais da metade da população provia sua subsistência na agricultura e/ou pecuária. Porém, os agricultores/lavradores, pela falta de mobilização, permaneciam completamente esquecidos, sem qualquer política pública previdenciária ou de saúde que pudesse promover a inclusão desses trabalhadores na sociedade. Ou seja, não existia uma Caixa de Aposentadoria e Pensão que pudesse proporcionar mínimas condições de dignidade e proteção a este extenso setor (BATICH, 200, p. 33).

O ramo industrial foi crescendo progressivamente em todo o Brasil. Tal realidade, aliada à ausência de mobilização de algumas classes na reivindicação de seus direitos, fez surgir no governo um sentimento de necessidade de intervir nas relações trabalhistas e previdenciárias (estas últimas englobavam a prestação dos

serviços sanitários). As CAPs, financiadas somente pelas empresas e seus respectivos trabalhadores, já não apresentavam mais a eficácia protecional necessária, eis que deixavam grande número de pessoas às margens da sociedade, desprovidas de qualquer amparo estatal (BATICH, 200, p. 34).

Por isso, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Sobre o tema, Oliveira, Neto e Donadone (2022, pp. 4-5) aduzem que,

Em 1933, o Estado criou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e passou a desempenhar os papéis de controlador, financiador e administrador do sistema. Enquanto as CAPs representavam uma única empresa, os IAPs representavam categorias de trabalhadores, independente da empresa em que trabalhavam.

Foi no primeiro governo do ex-presidente Getúlio Vargas (1930-1934) que surgiram os IAPs. Estes Institutos tinham como principal característica o modelo tripartite, dispondo de recursos financeiros também oriundos do Poder Público, além de serem financiados pelas empresas e seus respectivos trabalhadores. Verifica-se que, por meio dos IAPs, o governo passou a ter maior interferência na proteção dos cidadãos, diferentemente do que acontecia na época das CAPs, mantidas tão somente através das contribuições vertidas pelas empresas e pelos trabalhadores (modelo bipartite) (CHIORO; SCAFF, s/d, p. 4).

Acerca da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (divididos em categorias profissionais), Chioro e Scaff (s/d, p. 4) traçam interessante linha temporal histórica, discorrendo que “o primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938)”.

Nessa fase e, de forma ainda mais acentuada, a partir do final da década de 1940 e início da década de 1950, a população rural começou massivamente a abandonar o labor no campo, buscando melhores condições de vida nas áreas urbanas. É o conhecido “êxodo rural”. Conseqüentemente, as cidades se tornaram mais populosas, com elevado número de pessoas procurando empregos. Em virtude da maior empregabilidade ofertada, o setor industrial passou a crescer exponencialmente, acarretando, também, na ampliação massiva da assistência médica fornecida pela Previdência Social aos segurados e dependentes cujas categorias profissionais estavam representadas pelos IAPs (CHIORO; SCAFF, s/d, p. 5).

O crescimento populacional nos centros urbanos trouxe ao governo federal a necessidade de criação de uma gestão administrativa própria e exclusiva para a área da saúde. E isso aconteceu no ano de 1953 quando, após longos anos de debates encabeçados pela classe política, foi criado o Ministério da Saúde (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 40). Com efeito, a prestação dos serviços sanitários foi definitivamente desvinculada da área da educação, eis que, anteriormente, essas duas pastas se concentravam em um único “braço do governo federal”, qual seja: o Ministério da Educação e Saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 792).

Evidente que a criação de um Ministério exclusivo para a saúde representou um importante momento histórico para o Brasil. Tanto é que este acontecimento governamental é lembrado até hoje pelos mais diversos pesquisadores. Todavia, numa perspectiva prática, não foram constatados grandes avanços na prestação dos serviços de saúde no País (HAMILTON; FONSECA, 2003, p. 819). Pelo contrário, não houve redução do elevado número de enfermidades que assolavam a população brasileira, gerando incapacidades permanentes para o exercício de qualquer trabalho ou para os atos da vida civil. As taxas de mortalidade, conseqüentemente, permaneceram altas. Isto é, mesmo com a criação do Ministério da Saúde, não foram implementadas políticas públicas eficientes, capazes de minimizar, principalmente, os problemas anteriormente mencionados (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 40).

Além da ausência de efeitos positivos trazidos pela criação do Ministério da Saúde, essa fase de prestação dos serviços sanitários no Brasil também foi fortemente marcada pelo “clientelismo”. Os agentes políticos se aproveitavam das estruturas públicas para promover fortalecimento político, visando, sobretudo, lograr êxito nos pleitos eleitorais futuros. Sobre a temática, Bertolli Filho (2008, p. 41) salienta que,

Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos políticos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas – muitas vezes em números bem superiores à demanda de uma região – por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos eram interrompidos, além de ser constante a substituição dos Ministros a Saúde. Nas duas primeiras décadas de atuação, essa pasta teve 19 titulares.

A partir de sua criação (decorrente da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953), o Ministério da Saúde passou por diversas reestruturações. Uma das mais

importantes diz respeito à criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu (por meio da Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956), logo no início do governo do ex-presidente Juscelino Kubitschek - JK, demonstrando preocupação do Poder Público com a classe campestre, que se encontrava desassistida (BRASIL, 1953 e 1956). Acerca da temática, Hochman (2009, p. 325) discorre que,

De forma bastante coerente, a primeira decisão importante de Kubitschek no campo da saúde, logo após a posse, em janeiro de 1956, foi a criação, em março, do DNERu, que unificava vários serviços nacionais criados em 1941 para lidar com as doenças do interior, tais como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma. Vários centros de pesquisa do Ministério da Saúde, inclusive o Instituto de Malariologia, foram unificados no Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu), subordinado ao DNERu.

Foi nesse lapso temporal histórico que o Brasil começou a direcionar o foco na medicina preventiva, mesmo que de forma ainda muito modesta. Isto, pois, até então, a atuação governamental voltava-se somente ao modelo curativo, que consistia em combater enfermidades já existentes. O ex-presidente Juscelino Kubitschek, médico de profissão, desde o pleito eleitoral, defendeu a ideia de que “o Brasil não é só doença”, demonstrando maior compromisso com a saúde da população brasileira, principalmente no que concerne o enfrentamento das chamadas “doenças ou enfermidades de massa” (HOCHMAN, 2009, p. 315).

Durante toda a década de 1950, os IAPs permaneceram como responsáveis pela promoção do acesso à saúde, por meio da divisão dos segurados e dependentes em categorias profissionais. Todavia, a população com vínculo empregatício formal ativo continuava crescendo e, progressivamente, os IAPs, por diversos motivos, não tiveram mais capacidade de prestar satisfatoriamente os serviços previdenciários e de saúde. Não havia uma legislação unificada para custear as aposentadorias e pensões em todo o Brasil. Com efeito, cada classe trabalhadora permanecia submetida aos regramentos próprios de seus respectivos IAPs, o que acarretava em desigualdades entre as categorias profissionais. A disparidade no valor dos benefícios concedidos por determinados IAPs era muito grande, assim como os requisitos exigidos para concessão dos benefícios. Outra situação frequente consistia na necessidade de desvinculação de um IAP para posterior filiação a outro, na medida em que os segurados deixavam de exercer determinada profissão e acabavam sendo

contratados por outra empresa, que pertencia a uma categoria profissional totalmente diferente (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Diante da insustentabilidade dos IAPs, em virtude da disparidade exacerbada, sobreveio outro acontecimento extremamente importante que marcou o governo de ex-presidente Juscelino Kubistchek. Este, diz respeito à promulgação da Lei nº 3.807, de 5 de setembro de 1960 (Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS) (BRASIL, 1960). Salienta-se que referido diploma normativo já era objeto de debate no Congresso Nacional há mais de uma década, desde muito antes de JK assumir a presidência do Brasil. Contudo, foi no governo de Kubistchek onde a LOPS passou a integrar, de uma vez por todas, o ordenamento jurídico brasileiro (BATICH, 2004, p. 34).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social estabeleceu um regramento previdenciário único para todos os segurados e dependentes no Brasil, independentemente da categoria profissional na qual estivessem vinculados. Ou seja, pôs-se um fim às disparidades normativas causadas pelos IAPs. As regras de cálculos e os requisitos para concessão de cada benefício tiveram como “inspiração” normas já regulamentadas por determinados IAPs, principalmente aquelas mais vantajosas. Tal situação fez com que grande maioria dos Institutos de Aposentadorias e Pensões não se opusessem à unificação do sistema previdenciário (BATICH, 2004, p. 34).

Todavia, diante de tantos IAPs que existiam no Brasil, certamente não houve unanimidade. Alguns Institutos acabaram tendo suas respectivas categorias profissionais prejudicadas pela unificação do sistema de previdência, através do enrijecimento dos requisitos para concessão de benefícios e/ou de uma sistemática de cálculos que resultasse, ao final, em valor inferior da renda mensal. Entretanto, estes IAPs foram minoria, sendo incapazes de impedir a promulgação da LOPS (BATICH, 2004, p. 34).

De suma importância ressaltar que a Lei Orgânica da Previdência Social não pôs um fim imediato aos IAPs. Pelo contrário. A extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões ocorreu somente seis anos depois, quando, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A partir deste momento, todos os segurados e dependentes até então vinculados aos IAPs passaram a contribuir e ter acesso a benefícios previdenciários e serviços de saúde somente concedidos e ofertados pelo INPS (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Para Souza (2022, p. 11), a criação do INPS

[...] foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAP's) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Registra-se que, mesmo com a unificação de todos os IAPs por meio do INPS, o Poder Público não demonstrou capacidade de prover assistência à saúde a todos os segurados e dependentes de forma direta, precisando buscar apoio no setor privado, principalmente através da compra e financiamento de entidades privadas, para que estas auxiliassem na prestação dos serviços sanitários (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Oportuno fazer aqui uma intervenção às temáticas até então abordadas para ressaltar que a possibilidade de participação da esfera privada na prestação dos serviços de saúde, iniciada na década de 1960, continua presente na realidade brasileira até os dias atuais. Nos anos que antecederam a promulgação da CRFB/1988, ficou estabelecida a possibilidade de a iniciativa privada oferecer assistência à saúde (por meio de planos de saúde, por exemplo), assim como a autonomia do Poder Público para delegar ao setor privado, de forma complementar, a prerrogativa de prestar serviços sanitários. Todavia, o Constituinte Originário priorizou entidades de caráter filantrópico e sem fins lucrativos (MENICUCCI, 2014, p. 79). Nesse sentido, preconiza o art. 199, “caput” e § 1º, da CRFB/1988:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Voltando à temática do INPS, cinco anos após sua criação (mais especificamente em 1971), foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – PRORURAL, por meio da Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971, estipulando uma série de benefícios que poderiam ser concedidos aos trabalhadores rurais, dentre eles, aposentadorias por velhice e invalidez, serviços de saúde e social, pensão e auxílio-funeral (BRASIL, 1971). No mesmo ano, começou a incidir o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – Funrural que, conforme a conceituação de Aguiar e Calaça (2019, p. 2),

[...] é um imposto de contribuição previdenciária destinado ao financiamento da Previdência Social de todos os trabalhadores rurais. Assim como os

celetistas contribuem mensalmente para o INSS, os produtores têm o valor descontado de suas comercializações.

Adiante, após mais de 10 anos de sua criação, o INPS foi desdobrado em três Institutos, quais sejam: INPS, IAPAS e INAMPS (conforme de depreende da leitura de um dos parágrafos anteriores). Fleury e Carvalho (2019) lecionam que referido desdobramento ocorreu no ano de 1977, por meio da edição da Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS. Este último, objetivou reorganizar a prestação dos serviços previdenciários, sanitários e assistenciais, todos, até então, de responsabilidade do INPS que, a partir deste momento, ficou com competência restrita para a concessão de benefícios da Previdência Social.

O mesmo diploma normativo que criou o SINPAS também, à época, extinguiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, atribuindo ao INPS a completa responsabilidade de concessão e manutenção de todos os benefícios destinados à população rural. Isto é, os trabalhadores urbanos e rurais, a partir daquele momento, passaram a ser representadas pelo mesmo Instituto (AGUIAR; CALAÇA, 2019, pp. 5-6).

Insta reforçar que o objetivo da criação do SINPAS consistiu somente em reestruturar funções administrativas, de forma que a prestação dos serviços previdenciários, assistenciais e sanitários se tornasse mais organizada, eis que, antes da edição da Lei nº 6.439/1977, era do INPS a responsabilidade de garantir o acesso da população a todos esses direitos. Portanto, não houve ampliação ou alteração de direitos e deveres, mas, tão somente, a redistribuição dessas tarefas de um para três diferentes institutos (LEITE, 1978, p. 103).

O IAPAS, na condição de Autarquia Federal vinculada ao já extinto Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, dentre outras atribuições, era responsável pela gestão financeira dos recursos destinados à previdência e assistência social (incluindo serviços de arrecadação, fiscalização e cobranças de contribuições) (BRASIL, 1977).

O INAMPS, por sua vez, foi outra Autarquia Federal também vinculada ao mesmo Ministério já extinto. Para que os serviços sanitários pudessem ser prestados de forma mais eficiente, referida Autarquia foi dividida em Superintendências Regionais. Os recursos financeiros arrecadados eram distribuídos proporcionalmente

a essas Superintendências, levando em consideração, principalmente, a quantidade de segurados e dependentes que cada região do País tinha (SOUZA, 2002, p. 11).

Em virtude da intensa migração da população rural para as cidades, os centros urbanos vinham se tornando cada vez mais populosos, o que acarretava no aumento significativo de associados (segurados e dependentes) do INAMPS, obrigando referido Instituto a criar novos centros de atendimento à saúde para a população (SOUZA, 2002, p. 12).

Ocorre que grande parte dos migrantes optavam por reconstruir suas vidas nas regiões Sul e Sudeste do País, pois aquelas proporcionavam maiores e melhores oportunidades de emprego. Naturalmente, referidas regiões passaram a abrigar maior número de pessoas com vínculos formais ativos, garantindo aos trabalhadores com carteira assinada (bem como a seus dependentes) os direitos inerentes à prestação dos serviços de saúde disponibilizados pelo INAMPS (SOUZA, 2002, p. 12).

Porém, tal realidade gerava desigualdades de oportunidades e condições de dignidade nas regiões brasileiras, vez que o INAMPS passava a aplicar maior parte do orçamento destinado à saúde nas regiões Sul e Sudeste do País, onde a demanda populacional com vínculos empregatícios formais era superior. Persistia no Brasil um acesso à saúde desprovido de caráter universal, com “portas fechadas” para as famílias que não tinham pelo menos um de seus membros trabalhando de “carteira assinada” ou, ao menos, contribuindo para o seguro social (SOUZA, 2002, p. 12).

Nesse diapasão, Menicucci (2014, p. 80) discorre que,

No caso da assistência à saúde, há igualmente grande diferenciação entre trabalhadores, de acordo com a região, porque esses se desenvolverão mais nas grandes empresas, tanto nacionais quanto multinacionais, e no eixo Sul-Sudeste, onde estão as maiores empresas e se verificam as melhores condições salariais e de emprego, bem como o acesso diferenciado à assistência à saúde.⁴

Adiante, constata-se que o Poder Público já havia tentado de diversas formas promover a máxima inclusão da população no tocante o acesso à saúde. Porém, mantendo os serviços sanitários vinculados ao caráter contributivo, grande massa popular continuaria permanentemente desprovida de qualquer amparo estatal,

⁴ Insta ressaltar, ainda, que o SINPAS (instituído pela Lei nº 6.439/1977), também era composto por outras entidades: tais como: Empresa de processamento de dados da Previdência Social - DATAPREV; Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; e Fundação Nacional de Assistência e Bem-Estar do Menor, além da Central de Medicamentos – CEME (órgão autônomo de estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (BRASIL, 1977; ESCOREL, 1999, pp. 56-57). Contudo, não serão objeto de abordagem neste estudo.

podendo contar, no máximo, com ações humanitárias, atreladas a atos de caridade (VIEIRA, 2012, p. 311). Nesse contexto, as mais populares instituições filantrópicas que, desde o período colonial (1530-1822), foram responsáveis pela prestação dos serviços de saúde às pessoas não amparadas pelo modelo contributivo e não universal eram as Santas Casas de Misericórdia, espalhadas em praticamente todo o território brasileiro. Médicos voluntários atuavam nessas instituições, como forma de propiciar condições mínimas de dignidade ao vasto contingente populacional que se encontrava completamente às margens da sociedade (OLIVEIRA; NETO; DONADONE, 2022). Todavia, eram completamente insuficientes e ineficazes para atender às tamanhas necessidades sanitárias do exacerbado número de pessoas desassistidas pelo modelo de saúde não universal à época vigente.

A linha temporal apresentada neste estudo, no que concerne aos acontecimentos históricos que envolveram a temática da saúde no Brasil, comprova que, com o passar dos anos, o Poder Público foi, progressivamente, adotando medidas e criando institutos que distanciassem a prestação dos serviços de saúde dos serviços previdenciários. Entretanto, mesmo que a saúde já representasse tema de maior atenção por parte do Estado, uma realidade ainda permanecia idêntica e inalterada, qual seja: a obrigatoriedade de comprovação de filiação ao seguro social mediante o pagamento de contribuições como requisito de acesso às ações e serviços sanitários.

Manter incólume essa realidade seria, basicamente, continuar atentando contra a vida daquelas pessoas que, por um motivo ou por outro, não possuíam vínculo empregatício formal ativo e/ou não se encontravam vinculadas ao seguro social. Portanto, se mostrava evidente e urgente necessidade de superar aquele modelo restritivo e não universal então vigente.

Foi no final da década de 1970 e, principalmente, a partir do início da década de 1980, que se intensificaram debates populares objetivando desvincular o acesso às ações e serviços de saúde do modelo contributivo, tornando-o universal. Diante dessa realidade, o próximo tópico abordará, mesmo que de forma resumida, os principais acontecimentos históricos responsáveis pela criação do Sistema Único de Saúde, política pública institucionalizada pela CRFB/1988 e construída a partir de ampla mobilização de diversos setores da sociedade, responsável pela universalização do acesso às ações e serviços sanitários no Brasil.

3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO A PARTIR DA CONSTRUÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Quando se fala no processo histórico de criação do SUS, necessário dissertar, principalmente, sobre três principais temáticas: 1ª) Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB; 2ª) Reforma Sanitária Brasileira – RSB; e 3ª) 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS. Todos estes movimentos estão profundamente interligados, tendo sido encabeçados pelos mais diversos setores da sociedade (VIEIRA, 2013, p. 314). Portanto, este tópico voltar-se-á ao estudo dos acontecimentos históricos supracitados, principais responsáveis pela posterior institucionalização do Sistema Único de Saúde na CRFB/1988.

Pois bem.

Desde a Primeira República, mais especificamente a partir da década de 1920, já existiam debates promovidos por agentes políticos e determinados setores da sociedade, no sentido de buscar melhorias no acesso aos serviços sanitários no Brasil. Todavia, eram movimentos considerados frágeis, não demonstrando mínima capacidade para romper com o modelo privatista então vigente (VIEIRA, 2013, p. 314; ABREU, 2009, p. 18). Os debates responsáveis, posteriormente, por uma efetiva revolução na prestação dos serviços de saúde no Brasil tiveram início durante o Governo Militar (década de 1970 e intensificados na década de 1980). Diversos segmentos sociais, sempre imbuídos de bons argumentos e muita coragem, dialogaram exaustivamente com o propósito de humanizar o aparelho estatal. O intuito era criar um sistema sanitário dotado de caráter universal, descentralizado e democrático, onde a população pudesse participar ativamente da sua gestão, inclusive interferindo nas escolhas tomadas pelos agentes políticos (PAIM, 2009, p. 29).

Inicialmente, os setores sociais se organizaram através do Movimento Sanitarista ou Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, que defendia e construía ideias inéditas na história do Brasil tocante à prestação dos serviços de saúde. Referido movimento caminhava na direção da efetivação de uma democracia inclusiva, focada primordialmente na dignidade humana (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 210).

Na concepção de Mercadante *et al.* (2002, p. 246), o MRSB tinha como principais proposições:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Segundo Vieira (2013, p. 315), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira trouxe consigo uma missão extremamente complexa: de trazer ao Brasil a possibilidade de construção e implementação de políticas públicas por meio de debates democráticos, fazendo com que a população participasse e se envolvesse ativamente no futuro do próprio País, neste caso, especificamente quanto à criação de um novo e inédito modelo de prestação dos serviços de saúde.

Ressalta-se que os debates promovidos pelo MRSB tiveram início principalmente no meio acadêmico, conhecido pela forte oposição que fazia ao Governo Militar então vigente à época. Outros setores sociais também tiveram ativa participação neste debate, dentre eles, diversos departamentos de medicina social e preventiva e escolas de saúde pública. Foram sendo construídas, a partir deste período, as premissas teóricas que, logo mais, norteariam a condução dos trabalhos da Reforma Sanitária Brasileira (ABREU, 2009, p. 19).

Inegável a importância do meio acadêmico na construção teórica de um novo modelo de saúde. Todavia, o MRSB precisava e efetivamente foi além da teoria. Referido Movimento pautou sua atuação, também, em articulações políticas para expandir, cada vez mais, o número de militantes adeptos à redemocratização do País, “embutindo na cabeça da população” a importância de “virar a página” na realidade da saúde brasileira, através da institucionalização de um sistema dotado de caráter universal (ABREU, 2009, p. 22).

No final da década de 1970, época em que o MRSB se encontrava em constante fortalecimento, surgiram duas entidades que “tomaram à frente” nas lutas em prol da universalização da saúde no Brasil. Sobre a temática, Sousa (2014, p. 11) ressalta que,

[...] para fortalecer o movimento nesta direção surgiu o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979) como precursores da ideia do projeto da Reforma Sanitária brasileira, que podemos resumir no lema Saúde e Democracia. Associados ao CEBES e ABRASCO, vários outros sujeitos coletivos compuseram o “Movimento Sanitário”, entre eles as universidades, o movimento sindical etc.

Como visto até aqui, o principal intuito dos setores da sociedade civil que encabeçaram o MRSB e, posteriormente, a RSB era o de conseguir superar aquele modelo privatista de saúde que vigorava no Brasil, onde o acesso às ações sanitárias dependia da comprovação de contribuições vertidas ao sistema securitário, deixando grande número de pessoas totalmente desamparadas (aquelas que não tinham, ao menos, um integrante da família com vínculo formal de emprego e/ou contribuindo). A estes seres humanos restava, tão somente, a possibilidade de recorrer a instituições de caridade.

Adentrando na temática da Reforma Sanitária Brasileira - RSB, Paim *et al.* (2011, p. 1) lecionam que,

Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado.

O momento histórico da RSB onde todas as ideias anteriormente defendidas e minuciosamente planejadas puderam ser “tiradas do papel” aconteceu na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em Brasília/DF, no ano de 1986. Referida Conferência se diferenciou de todas as outras até então realizadas na história do Brasil. Isto, pois, as sete Conferências anteriores sempre tiveram acesso restrito à determinados setores sociais, só tendo direito a voz e voto especialistas na temática da saúde pública, principalmente vinculados a órgãos governamentais. Os rumos do País eram tomados sem a efetiva participação popular, como de praxe na história do Brasil (MERCADANTE, 2002, p. 246).

Na concepção de Mercadante (2002, p. 46), “a VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação dos usuários dos serviços de saúde.”

Nesse contexto de participação social, oportuno ressaltar trecho do discurso de Antônio Sérgio da Silva Arouca (à época Presidente da Fundação Oswaldo Cruz), proferido na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde (a íntegra de sua fala consta nas páginas 35 a 42 dos Anais da VIII CNS). Naquela oportunidade, Arouca (1986, p. 35) homenageou e ovacionou a participação da sociedade, através das seguintes palavras:

“[...] hoje, nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde, acho que temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência, com bastante sacrifício, e que é a sociedade brasileira organizada. Eu acho que é muito para eles que eu gostaria, hoje, quase que dedicar estas palavras. Acho que o fato de estar aqui na 8ª Conferência Nacional da Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito à voz e a voto o movimento popular da saúde de Recife, pelo fato de estarem aqui participando associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira como a CNBB, a ABI, a OAB, enfim o conjunto de entidades que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira, eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados desta 8ª Conferência Nacional da Saúde. E a eles quero dedicar a discussão sobre essa questão de ‘Democracia é Saúde’ que vamos enfrentar.”

Afinal, a 8ª CNS (realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986) contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, que representaram os mais diversos órgãos, instituições e entidades vinculadas à prestação dos serviços de saúde, partidos políticos das mais diferentes ideologias, bem como membros da sociedade civil em geral. Ou seja, foi um evento suprapartidário, voltado efetivamente à construção de um novo e revolucionário modelo de saúde no Brasil. Os participantes se dividiram em vários grupos, materializando construtivos debates, que culminaram na elaboração e aprovação de um relatório final, aprovado ao final da Conferência (BRASIL, 1986).

O Relatório Final da 8ª CNS foi resultado de três intensos dias de discussões nas mesas redondas, com 38 grupos de trabalho formados por delegados e 97 grupos de trabalho compostos por participantes (135 grupos no total). Toda essa discussão se voltou a três temáticas principais: 1ª) Saúde Como Direito; 2ª) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3ª) Financiamento Setorial (BRASIL, 1986).

Em relação ao primeiro tema da Conferência (Saúde Como Direito), o Relatório Final registrou, basicamente, que a garantia e acesso à saúde decorre da observância de muitos outros direitos que precisam ser respeitados pelo Estado, tais como: alimentação, educação, moradia, trabalho, lazer, habitação, meio ambiente saudável e equilibrado, liberdade (principalmente de expressão), participação efetiva da sociedade na gestão e organização dos serviços sanitários, entre outros. Mencionou, também, que a simples regulamentação no texto constitucional de um modelo de saúde universal não seria suficiente para que referidas mudanças pudessem ser visualizadas no cenário prático. Seria necessário, portanto, que o Estado se organizasse financeira, estrutural e estrategicamente para enfrentar todos

os desafios da gestão do sistema, formulando e implementando políticas públicas em todos os níveis hierárquicos. Dentre tantos outros apontamentos, os participantes da 8ª CNS também reivindicaram que a Assembleia Nacional Constituinte que se aproximava fosse pautada na democracia. Só assim, seria possível construir um sistema de saúde que possibilitasse o acesso à toda a população (BRASIL, 1986).

A segunda temática (Reformulação do Sistema Nacional de Saúde) defendeu a total desvinculação dos serviços de saúde do sistema previdenciário, por meio da criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS na CRFB/1988. Discorreu sobre os princípios/diretrizes que deveriam nortear a gestão do SUS que, posteriormente, foram inseridos pelo Constituinte Originário no texto constitucional (universalidade, descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, equidade, entre outros) (BRASIL, 1986 e 1988).

Dispôs, também, que os serviços de saúde prestados por entidades privadas seriam permanentemente fiscalizados pelo Poder Público, principalmente no tocante à mercantilização abusiva da saúde, vedando a cobrança de valores desproporcionais pelos serviços oferecidos. Foram direcionadas, de igual modo, as principais atribuições de cada um dos entes federativos responsáveis pela gestão do SUS (níveis federal, estadual e municipal), devendo haver permanente fortalecimento dos municípios na gestão do Sistema Único, principalmente para atender as demandas do setor primário (baixa complexidade) (BRASIL, 1986).

Outro assunto abordado dentro do tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” consistiu na necessidade de criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por segmentos sociais públicos e privados, de diferentes ideologias, além da formação de Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação, mediante eleições periódicas, promovendo, assim, a efetiva participação da sociedade civil no controle, fiscalização e gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1986).

Já o terceiro e último tema (Financiamento do Setor) versou sobre a criação de Fundos Únicos de Saúde em todos os níveis federativos, de modo a administrar os recursos destinados à prestação dos serviços de saúde pública. Dispôs, também, que a saúde deveria ter receita própria para a prestação de suas ações e políticas públicas, não dependendo mais da Previdência Social para custear os serviços. Situação, esta, que reduziria consideravelmente os gastos da Seguridade Social, permitindo que os

trabalhadores urbanos e rurais pudessem ter concedidos benefícios previdenciários mais vantajosos (BRASIL, 1986).

Outra proposta englobada na temática “Financiamento do Setor” consistiu em promover a distribuição proporcional e igualitária da arrecadação tributária destinada à saúde para todas as regiões brasileiras, uma vez que o Brasil apresentava acentuada desigualdade social em todo o seu território, com grande parte dos recursos públicos sendo aplicados nas regiões Sul e Sudeste, que proporcionavam maiores oportunidades de emprego, atraindo, portanto, maior número de trabalhadores. Por fim, listou diversas medidas que deveriam ser implementadas pelo Poder Público em eventual e futura reforma tributária, de modo a concretizar uma das principais diretrizes que norteariam a atuação do SUS, qual seja: a descentralização (BRASIL, 1986).

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovado com os três temas acima citados, momento em que também chegou ao fim aquele grande evento democrático. Posteriormente, houve a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que se apoiou no relatório redigido na VIII CNS para, junto aos parlamentares constituintes, conseguir efetivar no texto da CRFB/1988 praticamente todas aquelas ideias debatidas e aprovadas durante a Conferência realizada em 1986 (PRATA, 2019, p. 60).

Com a promulgação do texto constitucional, em 05 de outubro de 1988, houve a materialização e institucionalização de um novo modelo de saúde pública, exaustivamente debatido e construído nos anos anteriores, mediante ampla participação da sociedade, principalmente, nos momentos históricos acima abordados. Tendo o Sistema Único de Saúde sido institucionalizado pelo advento da CRFB/1988, o próximo tópico deste estudo voltar-se-á à análise dos principais dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, bem como dos princípios e diretrizes que envolvem a temática da saúde, direito social fundamental transdimensional intimamente ligado a todos os outros direitos de mesma hierarquia (eis que não existe hierarquia entre direitos sociais fundamentais), dentre eles, em especial, o direito à vida.

3.3 DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE: LEGISLAÇÃO CONSTITUCIONAL, INFRACONSTITUCIONAL, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Este tópico se volta, quase que exclusivamente, ao estudo dos dispositivos da CRFB/1988 e das principais legislações infraconstitucionais que versam sobre o direito social à saúde, abordando, também, os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único. Todavia, antes de tudo, será feita uma breve contextualização acerca do sistema da Seguridade Social, no qual a saúde é integrante, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social.

É o popularmente conhecido “tripé da Seguridade Social”, assim intitulado pelos operadores do direito e até por considerável parcela da população. Este, encontra previsão no art. 194, “caput”, da CRFB/1988, que dispõe: “*a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*” (BRASIL, 1988).

Para Santos (2016, p. 43), a Seguridade Social engloba um conjunto

[...] de normas de proteção social, destinadas a prover o necessário para a sobrevivência com dignidade, que se concretizam quando o indivíduo, acometido de doença, invalidez, desemprego, ou outra causa, não tem condições de prover seu sustento ou de sua família. É com a proteção dada por uns dos institutos componentes da seguridade social que se garantem os mínimos necessários à sobrevivência com dignidade, à efetivação do bem-estar, à redução das desigualdades, que conduzem à justiça social.

Para se ter uma noção da tamanha importância atribuída pelo legislador ao sistema da Seguridade Social, basta observar que todos os integrantes desse “tripé” são reconhecidamente direitos sociais esculpidos no art. 6º, da Constituição Federal de 1988. A saúde e a Previdência Social foram inseridas com idêntica nomenclatura no corpo do art. 6º. Já a Assistência Social é encontrada no aludido dispositivo constitucional com o termo “assistência aos desamparados”. São expressões sinônimas (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 objetivou que toda a população pudesse encontrar, de uma forma ou de outra, amparo no sistema da Seguridade Social. A saúde, nem necessita de maiores digressões: é “direito de todos e dever do Estado” (art. 196, da CRFB/1988). Já a Previdência Social é dotada de caráter contributivo, fazendo com que, via de regra (pois existem exceções), os segurados possam acessá-la somente a partir de contribuições vertidas ao Regime Geral de Previdência Social

– RGPS ou a algum outro regime de Previdência Social (público ou privado). De igual modo, os dependentes dos segurados, para que tenham acesso a determinados benefícios (pensão por morte e auxílio-reclusão, por exemplo), necessitam que estes últimos, dentre outros requisitos, preencham o requisito “qualidade de segurado” perante o ente previdenciário (SANTOS, 2016, p. 43).

Acerca da temática, Amado (2021, p. 152) discorre que

[...] um dos grandes traços que diferenciam a previdência social da assistência social e da saúde pública é o seu caráter contributivo, pois apenas terão cobertura previdenciária as pessoas que verteram contribuições ao regime que se filiaram, de maneira efetiva ou nas hipóteses presumidas por lei, sendo pressuposto para concessão de benefício e serviços aos segurados e seus dependentes.

Com efeito, caso uma pessoa necessite de amparo estatal, mas, ao mesmo tempo não cumpra o requisito “qualidade de segurado” perante nenhum regime de previdência social, esta poderá recorrer à Assistência Social. Para tanto, precisa se enquadrar em determinados requisitos estabelecidos em lei (SANTOS, 2016, p. 43). A Assistência Social encontra previsão nos arts. 203 e 204, da CRFB/1988, sendo prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social. Ou seja, possui caráter não contributivo, em contraposição à Previdência Social (BRASIL, 1988).

Uma conhecida política pública assistencial regulamentada tanto na legislação constitucional quanto infraconstitucional é o Benefício de Prestação Continuada – BPC, que corresponde à garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência (independentemente de idade mínima) e ao idoso (neste caso, considerado a partir dos 65 anos) que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Esse conceito, quase que em sua literalidade, se encontra esculpido no inciso V do art. 203 da CRFB/1988 (BRASIL, 1988). Praticamente numa reprodução literal do texto constitucional, também encontra previsão no art. 20, “caput”, da Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) (BRASIL, 1993).

Observa-se que todo o sistema da Seguridade Social é voltado a proporcionar que a população consiga auferir, ao menos, renda capaz de suprir as necessidades vitais básicas, inerentes a todo ser humano. A Previdência Social (de caráter contributivo) e a Assistência Social (de caráter não contributivo) são primordiais à garantia do “mínimo existencial”, auxiliando na erradicação da pobreza

e da marginalização, bem como na redução das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III, da CRFB/1988). Situação, esta, que vai de encontro ao princípio da dignidade da pessoa humana (fundamento da República Federativa do Brasil), esculpido no art. 1º, III, do texto constitucional promulgado em 1988 (BRASIL 1988).

Contudo, não se pode olvidar que, nos últimos anos, principalmente após a promulgação da Emenda Constitucional 103/2019 (popularmente conhecida como “Reforma da Previdência”), houveram drásticas mudanças legislativas que acarretaram no enrijecimento dos requisitos para acesso aos benefícios previdenciários, bem como na redução da renda mensal destes. A sistemática de cálculos de diversos benefícios foi alterada para, em praticamente todos os casos, reduzir o valor da renda. Enquanto o custo de vida no Brasil se torna, progressivamente, cada vez mais elevado, com a inflação atingindo patamares assustadores, a EC 103/2019, numa perceptiva prática, tratou de fazer com que os benefícios previdenciários, em sua grande maioria, acabem sendo concedidos no valor de um salário mínimo (BRASIL, 2019). Evidente que muitas foram as justificativas do legislador para impor tão brusca alteração na sistemática de cálculos dos benefícios. Todavia, há de se refletir se uma Emenda Constitucional, ao reduzir drasticamente direitos sociais anteriormente garantidos à população, não adentrou no núcleo intangível dos direitos e garantias individuais, violando, portanto, cláusula pétrea expressa, consoante art. 60, § 4º, IV, da CRFB/1988. Fato é que o Poder Constituinte Derivado Reformador, com a referida alteração no texto constitucional, caminhou em sentido contrário à “erradicação da pobreza e a marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais”, objetivo fundamental da República Federativa do Brasil (art. 3º, III, da CRFB/1988), uma vez que obrigou e continuará obrigando que a população trabalhe por muito mais tempo para, no futuro, receber muito menos do que receberia se ainda permanecesse vigente a sistemática de cálculos dos benefícios anterior à promulgação da EC 103/2019.

Pois bem. Realizada a breve contextualização acerca da Seguridade Social (onde a saúde está inserida), o subtópico abaixo voltar-se-á exclusivamente ao estudo da legislação constitucional sanitária.

3.3.1 DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

O termo jurídico “saúde” aparece em diversas oportunidades na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Por isso, o texto constitucional precisa ser analisado e interpretado de forma ampla, de modo que se possa ter uma correta dimensão do quão importante se tornou o conjunto das normas sanitárias. O primeiro dispositivo da CRFB/1988 que deve ser mencionado quando se aborda referida temática, sem dúvidas, é o “caput” do art. 6º. Como já citado em diversos momentos deste estudo, a saúde figura como direito social fundamental (BRASIL, 1988).

Na condição de direito social fundamental, a saúde foi elevada pela Constituição Federal de 1988 ao patamar protecional máximo, passando a ter, inclusive, aplicabilidade imediata, consoante art. 5º, §1º, do referido texto constitucional. Realidade, esta, que possibilita aos operadores do direito a tomada de medidas legais (principalmente meios processuais) que visem a mais rápida concretização do direito vindicado (BRASIL, 1988; SCHARTZ; BORTOLOTTI, 2008, p. 259).

Outro ponto que merece destaque diz respeito à inserção da saúde nas dimensões dos direitos fundamentais. Inicialmente, cabe ressaltar que inúmeros autores versam sobre a temática. Maioria classifica a saúde como direito de segunda dimensão (que engloba todos os direitos sociais, culturais e econômicos). Foi nessa fase que o Estado passou a ter obrigações positivas, capazes de proporcionar condições dignas de vida à população, buscando, efetivamente, o alcance da igualdade em seu aspecto material (DOMINGOS; ROSA, 2019. p. 86).

Todavia, não há pacificidade na literatura jurídica quanto à dimensão em que o direito à saúde se encontra inserido. Domingos e Rosa (2019, p. 87) discorrem que,

[...] enquanto alguns doutrinadores entendem ser inserido na primeira dimensão por ser ligado ao direito à vida, pessoal e independente, outros doutrinam que o direito à saúde pertence aos direitos fundamentais de segunda dimensão por exigirem do Estado uma conduta ativa, por meio de políticas públicas, que assegure a tutela, proteção, concretização da população ao efetivo acesso à saúde, pensamento pelo qual partilhamos e motivo pelo qual a segunda dimensão merece destaque.

E não é só. Outra parte da doutrina entende que o direito à saúde se faz presente em todas as dimensões de direitos fundamentais, face à sua gigantesca importância. É possível afirmar, por exemplo, que a saúde possui vinculação com os direitos fundamentais de primeira dimensão, eis que umbilicalmente ligada ao direito à vida. Tocante aos direitos fundamentais de terceira dimensão, onde o meio ambiente está inserido, por exemplo, não se pode olvidar que um meio ambiente ecologicamente equilibrado é capaz de influenciar direta e frontalmente na qualidade da saúde de uma população por completo. E assim vai. Portanto, a saúde é classificada como direito fundamental de caráter transdimensional (DOMINGOS; ROSA, 2019; PAIXÃO FILHO, 2019).

Por ser corolário do direito fundamental à vida, se mostra oportuno também fazer alusão a outros dispositivos da CRFB/1988 que, embora não mencionem expressamente o termo “saúde”, possuem direta vinculação com este direito social. Quais sejam: 1) art. 1º, III, que esculpiu “a dignidade da pessoa humana” como fundamento da República Federativa do Brasil; 2) art. 3º, IV, que estabeleceu “a promoção do bem de todos” como objetivo fundamental da República; e 3) com toda a certeza, o próprio direito fundamental à vida, esculpido no “caput” do art. 5º, no qual é dever o Estado garantir sua inviolabilidade (BRASIL, 1988).

Adiante, a CRFB/1988 rompeu com o modelo privatista de prestação dos serviços de saúde e instituiu efetivamente um modelo dotado de caráter universal, isto é, de acesso a todos aqueles que dele necessitem. É o famigerado princípio da universalidade, que encontra previsão no art. 196, do texto constitucional:

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.

Observa-se que, no dispositivo supra, constam os termos “*redução do risco de doença e de outros agravos*” e “*promoção, proteção e recuperação*”. Realizando uma breve e simplista hermenêutica constitucional, verifica-se, em linhas gerais, que o Constituinte Originário atribuiu à legislação que dispõe sobre saúde tanto um caráter preventivo, onde o Poder Público passou a atuar para evitar ao máximo a proliferação de enfermidades capazes de colocar em risco o bem-estar da população, quanto um modelo curativo. Este último, objetiva promover o tratamento de enfermidades já existentes, de modo a combatê-las e curá-las (DALLARI, 1995, p. 30).

Já o caráter preventivo exige do Estado dupla atuação (tanto ações negativas quanto ações positivas), de modo a evitar a proliferação de moléstias que eventualmente coloquem em risco a vida da população. Nesse sentido, Weichert (2004, p. 122) aduz que

Os ordenamentos jurídicos constitucionais da atualidade, ao consagrarem a existência de um direito social à saúde, acolheram essa dupla perspectiva. Dessa forma, assim como ocorre com os direitos fundamentais em geral, que podem ser observados em várias dimensões complementares, também o direito à saúde compreende a perspectiva individual de busca de ausência de moléstias e a coletiva de promoção da saúde em comunidade. Nessa linha, o direito à saúde implica em ações negativas e positivas do Estado e da sociedade tendentes a garantir o combate de doenças, bem como ações positivas e negativas no ambiente circundante para a prevenção da ocorrência das moléstias.

Ainda sobre o art. 196, da CRFB/1988, constata-se que o Constituinte Originário, ao inserir o termo “dever do Estado” no corpo do aludido dispositivo constitucional, sem dúvidas, direcionou a todos os entes federativos a responsabilidade administrativa ou material para prestação das ações e serviços sanitários (DALLARI, 1995, p. 33). Realmente, essa é uma posição incontroversa, eis que o inciso II do art. 23 da CRFB/1988 disciplina que “cuidar da saúde” representa uma competência material comum a todas as unidades federadas. Complementarmente, dispõe o art. 30, VII, do texto constitucional de 1988, que compete aos municípios “*prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população*” (BRASIL, 1988).

Para colocar uma “pá de cal” acerca do tema, Weichert (2004, pp. 138-139) leciona que,

De qualquer forma, todos os entes federativos têm o dever de atuar na prestação dos serviços públicos de saúde. Fez bem a Constituição em assim prescrever. Isso porque o campo das competências comuns é especialmente recomendável para satisfazer a demanda por serviços naquelas áreas mais carentes de prestações positivas do Estado. A saúde, em especial, foi privilegiada não só com a sua inclusão no rol das matérias de competência comum, mas também pela consagração da prestação dos serviços concernentes de forma ordenada e otimizada, através do Sistema Único de Saúde.

Adiante, a temática da saúde também encontra previsão no âmbito das competências legiferantes, mais especificamente no art. 24, XII, da CRFB/1988, que atribui prerrogativa à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislarem concorrentemente sobre “proteção e defesa da saúde” (BRASIL, 1988).

Tocante aos direitos trabalhistas, a CRFB/1988 assegurou o salário mínimo como forma de atendimento às necessidades vitais básicas, de modo que os trabalhadores percebam renda que possibilite, ao menos, mínima efetivação dos direitos sociais fundamentais, sendo que, dentre eles, se encontra a saúde (art. 7º, IV). Também trouxe a necessidade de o legislador infraconstitucional editar normas sanitárias capazes de reduzir os riscos laborais nos quais os trabalhadores que desempenham determinadas profissões se encontram permanentemente submetidos (art. 7º, XXII) (BRASIL, 1988).

Outrossim, regulamentou a possibilidade de intervenção federal da União nos Estados e no Distrito Federal, caso estes últimos deixem de aplicar nas ações e serviços públicos de saúde os percentuais mínimos de impostos estaduais arrecadados (art. 34, VII, “e”, da CRFB/1988). Também possibilitou a intervenção dos Estados nos municípios e da União nos municípios localizados em Território Federal, toda vez que os municípios deixarem de aplicar as porcentagens financeiras mínimas nas ações e serviços públicos de saúde (art. 35, III, da CRFB/1988). Ambos os dispositivos constitucionais tiveram suas redações dadas pela promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 1988 e 2000).

Por oportuno, destaca-se que foi a EC nº 29/2000 a responsável por inserir no ordenamento jurídico constitucional percentuais mínimos a serem aplicados por todos os entes federativos na área da saúde. Isto, pois, em momento anterior, as unidades federadas permaneciam constitucionalmente vinculadas a aplicar porcentagens mínimas da receita proveniente de impostos somente na área da educação (BRASIL, 2000; CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1613).

Como já mencionado em momento anterior, o Constituinte Originário inseriu a saúde no “tripé da Seguridade Social”, formado, também, pela Previdência Social e Assistência Social, bem como regulamentou formas de financiamento do sistema securitário (arts. 194 e 195, da CRFB/1988) (BRASIL, 1988).

Assegurou à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à saúde (além de inúmeros outros direitos também esculpidos no texto constitucional), sendo dever solidário da família, da sociedade e do Estado zelar pela garantia e efetivação de todas essas previsões. Cabe ao Estado, ainda, a promoção de programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem (determinação trazida pela Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010) (BRASIL, 1988 e 2010).

As ações e serviços de saúde foram reconhecidos como de relevância pública, consoante art. 197, da CRFB/1988. No bojo do art. 198, o Constituinte Originário estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo elas, principalmente: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (participação popular). No mesmo artigo, ainda, foram esculpidas as regras gerais para o financiamento do SUS. O art. 199, por sua vez, assegurou a possibilidade de prestação das ações e serviços de saúde por entidades privadas, regulamentando algumas vedações (como, por exemplo, a proibição da destinação de recursos públicos a entidades privadas com fins lucrativos que atuem na prestação de serviços sanitários). Por fim, o art. 200 estipulou um extenso rol de competências do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Resta, portanto, completamente perceptível que as normas constitucionais precisam ser interpretadas de forma ampla. A dimensão protecional que o Constituinte Originário atribuiu à saúde possui imensurável significância. Todavia, nem todas as normas inseridas na CRFB/1988 que versam sobre a temática são dotadas de eficácia plena.⁵ Por este motivo, coube ao legislador infraconstitucional editar leis (complementares e ordinárias) que regulamentassem as ações e serviços públicos de saúde, criassem mecanismos de participação e fiscalização popular na prestação dos respectivos serviços, bem como estabelecessem critérios para aplicação dos recursos públicos na área da saúde em todas as esferas de governo, sendo as principais abordadas no subtópico seguinte.

3.3.2 PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES INFRACONSTITUCIONAIS EM MATÉRIA DE SAÚDE

O assunto saúde abrange vasta quantidade de legislações infraconstitucionais e atos normativos infralegais. Contudo, por uma questão de delimitação, este subtópico ficará restrito à abordagem e estudo de três principais diplomas normativos infraconstitucionais que envolvem a temática sanitária, quais

⁵ Ao mencionar a expressão “eficácia plena”, fez-se alusão à teoria da “Aplicabilidade das Normas Constitucionais”, de José Afonso da Silva, que classifica as normas constitucionais em três modalidades distintas: a) normas constitucionais de eficácia plena; b) normas constitucionais de eficácia contida (reduzíveis ou restringíveis); c) normas constitucionais de eficácia limitada (SILVA, 2008, pp. 80-81).

sejam: 1) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; 2) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; e 3) Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Aith (2003, pp. 203-204) leciona que as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 possuem diversas semelhanças, sendo as principais fontes infraconstitucionais do direito sanitário existentes no Brasil. Todos os assuntos abarcados por estes dois diplomas normativos poderiam, tranquilamente, ter sido incorporados à uma única lei, principalmente em virtude de suas questões comuns, como, por exemplo, a temática da participação da comunidade no dia a dia do SUS. Contudo, preferiu o legislador editar duas normas distintas.

Todavia, em que pese os dois diplomas normativos supramencionados tenham se complementem, serão abordados de forma separada nesta pesquisa, como forma de respeitar e manter consonância com a vontade do legislador infraconstitucional, que optou pela criação de dois distintos textos legais.

Pois bem. O primeiro diploma normativo editado pelo Congresso Nacional após a inserção do SUS no texto da CRFB/1988 consistiu na Lei nº 8.080/1990, popularmente conhecida como Lei Orgânica da Saúde – LOS. Esta, dispôs “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990).

Conforme art. 4º, “caput”, da Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde representa “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, 1990).

Aith (2006, p. 204) sintetiza as principais disposições contidas na Lei Orgânica da Saúde. Segundo o autor,

[...] a LOS colabora na definição do Direito à saúde: estrutura do SUS – tornando claros seus objetivos e suas atribuições, as diretrizes que devem orientar sua organização, direção e gestão, a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder e a forma de participação da comunidade na gestão do sistema em cada uma dessas esferas; disciplina a participação dos serviços privados na prestação de assistência à saúde e a formulação e execução da política de recursos humanos na área da saúde; organiza o financiamento do SUS – tratando expressamente de recursos, da gestão financeira, do processo de planejamento e do orçamento, inclusive das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. A LOS é, portanto, uma Lei-quadro destinada a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde. Ela orienta em grande parte a produção de diversas normas jurídicas de Direito Sanitário.

Desde sua redação original, a Lei Orgânica da Saúde regulamentou os órgãos responsáveis pela gestão do SUS em cada esfera de governo, consoante art. 9º, do aludido diploma normativo:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Constata-se, então, que cada ente federativo conta com órgão próprio para auxiliar os respectivos chefes do Poder Executivo na gestão do Sistema Único de Saúde. Tal divisão de atribuições contribui (e muito) para a melhor organização prestacional dos serviços. Todavia, o SUS permanece tendo “direção única”. Isto é, todos esses órgãos integram um único sistema de prestação de ações e serviços sanitários. Este, é o princípio/diretriz da unidade ou unicidade, que será objeto de abordagem no próximo subtópico deste trabalho.

Não bastasse, a Lei nº 8.080/1990 foi a responsável por regulamentar: competências das direções nacionais, estaduais, municipais e distritais do Sistema Único de Saúde (arts. 16 a 19); atenção à saúde da população indígena (arts. 19-A a 19-H); subsistema de atendimento e internação domiciliar (art. 19-I); subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (art. 19-J); e assistencialismo terapêutico e incorporação de tecnologia em saúde (arts. 19-M a 19-U) (BRASIL, 1990).

Adiante, cabe ressaltar que todos os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais até então abordados são calcados, de alguma forma, nos princípios e diretrizes do SUS. Com a eclosão do neoconstitucionalismo no mundo, os princípios passaram a ser considerados alicerces de qualquer diploma normativo, sendo imprescindíveis à correta compreensão e interpretação das leis (NUNES JÚNIOR, 2020, p. 73). Por este motivo, os princípios e diretrizes do SUS (explícitos e implícitos na CRFB/1988 e na Lei nº 8.080/1990) serão abordados de forma mais completa e detalhada no próximo subtópico desta pesquisa, com exceção do princípio/diretriz da “participação da comunidade” (previsto no art. 198, III, da CRFB/1988 e art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080/1990), que consistiu no principal motivo e

justificativa para que o legislador editasse a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1988 e 1990).

Tal diploma normativo foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro poucos meses após a edição da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), tendo sido responsável por regulamentar e institucionalizar a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Já em seu art. 1º, institucionalizou duas instâncias colegiadas aptas a promover a efetiva participação da sociedade na gestão do SUS, inclusive tendo espaço para atuar na implementação de políticas públicas. Estas, dizem respeito às conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 1990; MATTA, 2007, p. 77).

Matta (2007, p. 77) explica, sob a égide do texto legal, que as conferências de saúde são realizadas quadrienalmente, em todos os níveis de governo. Durante estes eventos, temas relevantes e atuais da área sanitária são postos em debate. Faz-se um levantamento e avaliação de todas as ações e serviços sanitários que vêm se mostrando eficazes, bem como os que necessitam de aperfeiçoamento, ou, ainda, outros que precisam ser implementados, com intuito de enfrentar novos problemas sociais vinculados à saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, todos os eventos subsequentes da mesma espécie passaram a contar com ampla participação da população, dos mais diversos setores da sociedade.

Vieira (2013, pp. 352-353) ressalta que as conferências de saúde fazem parte de

[...] um processo que se iniciará pelas conferências municipais, as quais definirão as diretrizes municipais para a área da saúde e escolherão delegados para comporem as conferências estaduais, que também definirão as diretrizes estaduais para a área da saúde e escolherão delegados a comporem a conferência nacional. Portanto, esse processo se constitui, pelo menos formalmente, da base para cima, com base nas orientações da convocatória da Conferência Nacional de Saúde.

Isto é, os debates têm início na “base da pirâmide” (que são os municípios), onde os agentes políticos se encontram mais próximos da população, sendo, via de regra, maiores e melhores conhecedores dos anseios sociais. Com efeito, os principais e mais recorrentes problemas enfrentados pelos municípios na área da saúde tendem a ser objeto de debates quando da realização das conferências estaduais e, por fim, da Conferência Nacional de Saúde.

Aith (2006, pp. 263-264) defende que as temáticas debatidas nas conferências de saúde possuem grandes chances de se tornar objeto de regulamentação normativa futura. Isto, pois, representam diretamente os anseios sociais, gerando incontestável influência perante os Poderes Executivo e Legislativo, onde se encontram os agentes políticos legitimamente eleitos pelo povo.

Portanto, para Aith (2006, p. 263), “as Conferências de Saúde são fontes indiretas importantíssimas, uma vez que as normas jurídicas produzidas com base em suas deliberações contam com a legitimidade social”.

Já os conselhos de saúde são instâncias que objetivam o constante fortalecimento da cidadania e da democracia participativa, devendo promover reuniões em caráter permanente, onde serão abordados os principais assuntos da área da saúde pertinentes ao respectivo ente federativo. De suma importância ressaltar que os conselhos de saúde não são meros órgãos de consulta do chefe do Poder Executivo, mas, sim, instâncias deliberativas, capazes de tomar decisões que vincularão os rumos tomados pela administração pública (BRASIL, 1990; WEICHERT, 2004, p. 172; VIEIRA, 2013, p. 355).

O § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990 define na completude o conceito de conselho de saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

Embora devam se reunir em caráter permanente para deliberar sobre os assuntos sanitários de sua competência, é sabido que nem todos os conselhos de saúde espalhados pelo Brasil atuam de maneira realmente efetiva, cumprindo os ditames legais. Pelo contrário. Muitos conselhos de saúde (especialmente municipais) acabam sendo criados, tão somente, pela imposição legal e como forma de os municípios ficarem aptos a receber recursos públicos, consoante exigência do art. 4º, II, da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990; VIEIRA, 2013, p. 364).

Nessa toada, Rolim *et al.* (2013, p. 145) fazem alusão à insuficiente participação popular que se verifica no âmbito de muitos dos conselhos de saúde. Afirmam que tão brilhantes órgãos de controle social e exercício da democracia e

cidadania participativa não podem ficar somente na teoria. A lei precisa ser cumprida. É imprescindível que a sociedade ocupe os espaços que são seus por direito, institucionalizados e/ou fortalecidos com o advento do Estado Social e Democrático de Direito. Todavia, por falta de tempo, interesse e/ou simplesmente por puro desconhecimento das próprias leis, comumente a participação popular nos conselhos de saúde não se mostra satisfatória.

Inclusive, Gohn (2007, p. 88-89) ressalta que, em muitos municípios,

[...] os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites locais, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de se tornarem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos.

Infelizmente, essa é a realidade que ainda se vislumbra em diversas regiões do Brasil. D'outro modo, não se pode olvidar, também, que muitos foram (e continuam sendo) os avanços trazidos pela institucionalização dos conselhos de saúde com possibilidade de participação da sociedade civil. O Constituinte Originário, ao inserir o princípio da participação da comunidade no inciso III do art. 198 da CRFB/1988, já tinha prévio conhecimento de que os mais satisfatórios níveis de participação popular nas instâncias deliberativas não seriam alcançados da noite para o dia. Pelo contrário, tal princípio/diretriz foi inserido no texto constitucional para que pudesse se tornar, progressivamente, mais conhecido e efetivado pela população.

Coerentemente, Ilibio e Vieira (2020, p. 10) frisam que os avanços trazidos pela CRFB/1988 no que concerne à possibilidade de participação da comunidade na área da saúde não podem ser interpretados como a resolução imediata de todos os problemas de participação democrática e exercício da cidadania, mas, sim, precisam ser vistos como um mero “ponto de partida”. Isto é, representam, tão somente, o início de uma longa caminhada, sendo necessário que a sociedade civil permaneça lutando constantemente em prol da ampliação e ocupação das instâncias colegiadas.

Para Weichert (2004, p. 171), a possibilidade de a população participar ativamente do dia a dia da gestão do SUS maximiza as chances de as decisões governamentais se tornarem mais assertivas e, portanto, consonantes com as reais necessidades da população. Diferentemente do que acontecia em períodos pretéritos ao advento do SUS, quando os assuntos vinculados à saúde eram debatidos, geralmente, por um grupo extremamente seleto de pessoas (principalmente

vinculadas ao Poder Público), a exemplo das sete primeiras conferências nacionais de saúde realizadas no Brasil.

Portanto, incontroversa a importância dos dois diplomas normativos supramencionados, inseridos no ordenamento jurídico brasileiro no ano de 1990, com objetivo de regulamentar a legislação constitucional sanitária que institucionalizou o SUS.

Contudo, quando da promulgação da CRFB/1988, em que pese tenha institucionalizado o SUS, o Constituinte Originário não estipulou percentuais mínimos de receita que os entes federativos deveriam aplicar na área da saúde. Situação que, numa perspectiva prática, deixava a população à mercê da vontade política dos agentes legitimamente eleitos. A propósito, oportuno frisar que a CRFB/1988, num momento inicial, só havia estipulado os percentuais mínimos da receita decorrente de impostos a serem aplicados anualmente na área da educação (mínimo de 18% para a União e não menos de 25% para Estados, Distrito Federal e Municípios), consoante art. 212, do texto constitucional (BRASIL, 1988; CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1613).

Somente com a promulgação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000, que os entes federativos passaram a ter obrigação de direcionar percentuais financeiros mínimos para a área da saúde. Aludida emenda alterou e incluiu diversas previsões ao art. 198, da CRFB/1988. Em especial, o § 3º dispôs que caberia à Lei Complementar reavaliar periodicamente (ao menos uma vez a cada quinquênio) os percentuais mínimos a serem aplicados na área da saúde. O prazo de cinco anos começou a ser contado a partir da data em que a EC nº 29 passou a integrar o ordenamento constitucional (BRASIL, 2000; CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1613).

Campelli e Calvo (2020, pp. 1613-1614) explicam que

A EC-29, ou *Emenda Constitucional da Saúde*, foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Nessa década não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiar o SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor.

Durante os anos de 2000 a 2004, referida Emenda Constitucional estabeleceu regras de transição para que, progressivamente, os entes federativos majorassem os percentuais financeiros a serem aplicados na área da saúde. O art. 77, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT foi o responsável por

estabelecer tais previsões (BRASIL, 2000). A título exemplificativo, Campelli e Calvo (2007, p. 1614) aduzem que,

À União foi determinado um acréscimo de 5% em 2000 em relação ao valor empenhado no ano anterior (ADCT, artigo 77, I, "a") e para os anos de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (ADCT, artigo 77, I, "b"). A definição dos critérios de vinculação da União após 2005 ficou ao encargo da Lei Complementar (*Constituição Federal*, artigo 198, § 2º, c/c § 3º, IV).

Na realidade, para todos os entes federativos, a partir do exercício financeiro de 2005, os critérios de vinculação mínima da receita para aplicação em ações e serviços de saúde ficaram à espera da edição de Lei Complementar – LC. Enquanto pendente a edição do referido diploma normativo, permaneceram sendo aplicados a todos os entes federativos os mesmos percentuais mínimos previstos nas regras de transição esculpidas no art. 77, do ADCT (BRASIL, 2000).

Portanto, durante os exercícios financeiros de 2005 a 2011 (em que se manteve omissa o Congresso Nacional), a União permaneceu com os mesmos critérios de cálculo aplicados durante os exercícios financeiros de 2001 a 2004 (valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB); já os Estados ficaram vinculados a, pelo menos, 12% da totalidade de impostos de sua competência; os municípios em 15%; por fim, o Distrito Federal, em virtude de sua natureza híbrida ou mista, reuniu os percentuais mínimos de 12% e 15%, respectivamente, dos Estados e municípios (BRASIL, 2000; SZKLAROWSKY, 2001, p. 4; CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1613).

Somente no exercício financeiro de 2012 que foi inserida no ordenamento jurídico brasileiro a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, cuja ementa dispôs:

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (BRASIL, 2012).

Em seus arts. 2º e 3º, referida LC estabeleceu as áreas sanitárias cuja verba pública aplicada deveria ser considerada como despesas com ações e serviços públicos de saúde (integrando, portanto, os percentuais mínimos legalmente

previstos), em caso de investimento por parte dos entes federativos. Por outro lado, o art. 4º, da mesma lei, regulamentou um rol de hipóteses também vinculadas à saúde, mas que não teriam o condão de integrar o percentual mínimo da receita proveniente de impostos a ser aplicada pelas unidades federadas na área sanitária (BRASIL, 2012).

Os arts. 5º a 11 dispuseram sobre os percentuais mínimos a serem aplicados pelos entes federativos na área da saúde. Já os arts. 12 a 16 regulamentaram as formas de repasse e aplicação desses percentuais mínimos. A movimentação dos recursos da União e dos Estados, por sua vez, restou prevista nos arts. 17 a 21. Ainda, outros dispositivos versaram sobre temáticas como: transparência e visibilidade da gestão da saúde (art. 31); escrituração e consolidação das contas da saúde (arts. 32 e 33); prestação de contas (arts. 34 a 36); fiscalização da gestão da saúde (arts. 37 a 42); e disposições finais e transitórias (arts. 43 a 48) (BRASIL, 2012).

Até os dias atuais permanece em vigor a LC nº 141/2012, contendo os mesmos percentuais mínimos anuais que vinculam os Estados, Distrito Federal e municípios na aplicação de recursos provenientes de impostos na área da saúde. Já em relação à União, no ano de 2015, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, que, dentre outras disposições, alterou o inciso I do § 2º do art. 198 da CRFB/1988, passando a exigir da União a aplicação de, no mínimo, 15% do total referente à receita corrente líquida do exercício financeiro em questão (BRASIL, 2012 e 2015).

Ocorre que a exigência do referido *quantum* (15%) à União não teve exigibilidade imediata. Num momento inicial, optou o legislador por estabelecer a majoração dos percentuais de forma gradual, ano a ano. No exercício financeiro de 2016, o percentual mínimo de aplicação da receita corrente líquida seria de 13,2%. Em 2017, aumentaria para 13,7%. Nos exercícios financeiros de 2018 e 2019, seriam exigidos os percentuais mínimos de 14,1% e 14,5%, respectivamente. Por fim, em 2020, a exigência atingiria, de uma vez por todas, o patamar de 15% (objetivo final da EC nº 86), devendo por ali permanecer inalterada. Tal escalonamento se encontrava previsto no art. 2º, da EC nº 86/2015 (Agência Senado, 2015).

Todavia, já no ano seguinte, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, popularmente conhecida como “Emenda do Teto de Gastos”, responsável que, dentre outras previsões, tratou de revogar o art. 2º, da EC

nº 86/2015, que estabelecia o aumento gradual dos percentuais mínimos de aplicação na área da saúde. Com efeito, o montante de 15% da receita corrente líquida (que, conforme inicial previsão da EC nº 86/2015, só passaria a valer a partir do exercício financeiro se 2020) passou a ser aplicado já no exercício financeiro de 2017. Tal alteração constitucional representou um aumento de aproximadamente 10 milhões de reais nos investimentos com saúde pública (BRASIL, 2016a; MENDES, 2020, p. 6).

A partir do exercício financeiro de 2018, dispôs a EC nº 95/2016 que os gastos mínimos com ações e serviços públicos de saúde deveriam ser equivalentes aos percentuais aplicados no exercício financeiro imediatamente anterior, com a devida correção monetária incidindo pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, consoante previsão do art. 107, § 1º, II, do ADCT (BRASIL, 2016b; MENDES, 2020, p. 6).

Adiante, oportuno aqui frisar que o STF já se pronunciou a respeito dos exercícios financeiros anteriores à edição da mencionada Lei Complementar, firmando, por meio do Tema 818, a seguinte tese de repercussão geral:

É compatível com a Constituição Federal controle judicial a tornar obrigatória a observância, tendo em conta recursos orçamentários destinados à saúde, dos percentuais mínimos previstos no artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, considerado período anterior à edição da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2021).

Entenderam os ministros, por maioria, que o art. 77, do ADCT (incluído pela EC nº 29/2000) já era dotado de autoaplicabilidade desde sua promulgação. Com efeito, a obrigatoriedade de cada unidade federada aplicar os respectivos percentuais mínimos em ações e serviços de saúde “nasceu” na data da promulgação da Emenda Constitucional em comento, e não no momento em que a LC nº 141/2012 foi introduzida no ordenamento jurídico brasileiro.

Em suma, estes são os principais diplomas normativos infraconstitucionais que abordam a temática da saúde. Especificamente em relação à LC nº 141/2012, houve necessidade de abordá-la juntamente com as Emendas Constitucionais nº 29/2000, nº 86/2015 e nº 95/2016 (eis que referida Lei Complementar é “filha” da EC nº 29/2000). De todo modo, o objetivo deste subtópico não consistiu em esgotar e/ou estudar na íntegra os dispositivos das três leis abordadas, mas, tão somente, trazer um panorama geral acerca dos principais objetivos que levaram o legislador a editar cada texto legal. Propositadamente, os princípios e diretrizes do SUS não foram abordados neste e no subtópico anterior (eis que demandam estudo mais detalhado),

com exceção do princípio da participação da comunidade, principal motivador do advento da Lei nº 8.142/1990. Portanto, o subtópico seguinte desta pesquisa destinar-se-á ao estudo dos princípios/diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde.

3.3.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Nas últimas décadas, os princípios passaram a se equiparar às normas constitucionais ou, até, em determinados casos, se sobrepor a elas. Isto, pois, após o término da Segunda Guerra Mundial, eclodiu no mundo o movimento neoconstitucionalista, que gerou, dentre tantas outras consequências, a elevação da importância principiológica nos ordenamentos jurídicos (NUNES JÚNIOR, 2020, p. 73).

Para que se tenha uma ideia da tamanha dimensão que os princípios passaram a ter com o advento do neoconstitucionalismo no mundo (incluindo o Brasil), ressalta-se que os Ministros do Supremo Tribunal Federal já fundamentaram inúmeras de suas decisões utilizando princípios, tanto implícitos quanto explícitos. Exemplo clássico se deu no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 54/DF, onde os julgadores da Suprema Corte decidiram, com base no princípio da dignidade da pessoa humana, que constitui conduta atípica (portanto, não criminosa) a interrupção da gravidez, sempre que a mulher estiver gestante de feto anencéfalo (NUNES JÚNIOR, 2020, p. 73; BRASIL, 2012).

Sobre a temática, Weichert (2004, p. 155) leciona que tanto os princípios quanto as regras

[...] constituem normas jurídicas e, destarte, devem ser afastadas quaisquer considerações no sentido de que os princípios sejam meras diretrizes político-constitucionais, sem força normativa. Pelo contrário, os princípios formam o alicerce do edifício normativo constitucional, constituindo a sua base e fundamento.

Contudo, em que pese princípios e regras sejam igualmente dotados de força normativa, não se pode olvidar que também apresentam suas respectivas diferenças. Alexy (1986, p. 87), por exemplo, adota alguns critérios para distinguir os princípios das regras, dentre eles, o critério da generalidade. Para o autor alemão, regras tendem a apresentar maior grau de objetividade, reduzindo a possibilidade de interpretações divergentes por parte de quem as aplica. Já os princípios são dotados

de elevado grau de abstração. Isto é, tendem a ser interpretados de forma mais ampla, inclusive, ensejando entendimentos distintos acerca de uma mesma temática.

Em idêntico sentido, Nunes Júnior (2020, p. 73) defende que os princípios são dotados de “caráter mais amplo, vago, abstrato, impreciso, indeterminado, com o escopo de concretizar uma exigência de justiça ou equidade”.

Nessa conjuntura, adentrando na temática da saúde, os princípios e diretrizes do SUS representam pilares para garantia da eficácia prestacional dos serviços sanitários no Brasil, tendo sido resultado da ampla mobilização social ocorrida durante o MRSB e a RSB (esta última, que viveu seu auge através da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde). Podem ser encontrados tanto no corpo da CRFB/1988 quanto na Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS (VIEIRA, 2013, p. 329).

Salienta-se que a literatura jurídica não consegue chegar a um consenso sobre os conceitos de “princípios” e “diretrizes” do Sistema Único de Saúde. Alguns juristas defendem a ideia de que se tratam de expressões sinônimas, enquanto outros apresentam distinções entre aludidos termos. Isto, porque, o Constituinte Originário e o legislador infraconstitucional, ao elaboraram os textos, respectivamente, da CRFB/1988 e da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), não estabeleceram com precisão quais seriam os princípios e quais seriam as diretrizes do Sistema Único (MATTA, 2007, p. 63).

Segundo Matta (2007, p. 63), o texto constitucional de 1988 somente fez alusão às “diretrizes do SUS”, não mencionando, em momento algum, a expressão “princípios”. Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde, em seu Capítulo II, versa sobre os “princípios e diretrizes” do Sistema Único de Saúde. Inclusive, existem “diretrizes” do SUS no texto da CRFB/1988 que são tratadas como “princípios” no bojo da Lei nº 8.080/1990, a exemplo da “descentralização”, “integralidade” e “participação da comunidade” (art. 198, I, II e III, da CRFB/1988 e art. 7º, II, VIII, e IX, da Lei nº 8.080/1990).

De outro modo, mesmo que o Constituinte Originário não tenha feito expressa menção ao termo “princípios”, entende-se que os mesmos também estão contemplados no texto constitucional. A universalidade, por exemplo, é amplamente conhecida pelos operadores do direito e, até, pela população em geral, como sendo um princípio. E esta, como por diversas vezes já ressaltado neste estudo, se encontra esculpida no art. 196, da CRFB/1988.

Mais um ponto que merece destaque é que a Lei nº 8.080/1990, no rol de incisos de seu art. 7º (atualmente são quatorze incisos), ampliou significativamente o número de princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde inicialmente estabelecidos pelo Constituinte Originário (BRASIL, 1988 e 1990). Diante dessa realidade, como forma de delimitação, abordar-se-ão, nesta pesquisa, somente os princípios/diretrizes previstos no texto constitucional de 1988 (implícita ou explicitamente).

Inicialmente, faz-se alusão ao princípio/diretriz da universalidade, que pode ser facilmente encontrado no texto do art. 196, da CRFB/1988, mesmo que não esteja previsto exatamente nesses termos. Já na Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/1990), encontra previsão nos arts 2º, § 1º e 7º, I (BRASIL, 1988 a 1990).

Destaca-se que o princípio da universalidade certamente é o mais conhecido dentre todos os princípios que regem o SUS. Inclusive, foi mencionado com preferência em relação aos demais no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ficando estabelecido que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria garantir a “universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas” (BRASIL, 1986).

E não é para menos. Afinal, o surgimento do Sistema Único de Saúde, que tem o princípio da universalidade como um de seus principais pilares (talvez o principal), foi responsável por “sepultar” por completo aquele modelo excludente e desigual anteriormente vigente nos quais somente as pessoas com vínculo empregatício formal ativo e/ou que vertiam contribuições para a seguridade social (bem como seus dependentes) poderiam ter acesso às ações e serviços sanitários (RONCALLI, 2003, p. 34).

Acerca dessa “virada de página”, Noronha e Pereira (2013, p. 6) discorrem que, “com a universalidade, o sistema de saúde brasileiro prescreve o rompimento do padrão anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva”.

Complementarmente, Chioro e Scaff (s/d, p. 21) aduzem que, em razão do princípio da universalidade,

Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir, com isto, a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Constata-se, então que, antes da criação do SUS, justamente a população mais carente (que, majoritariamente, não vertia contribuições para o regime previdenciário) era aquela que permanecia completamente desamparada no tocante o acesso às ações e serviços de saúde. A desigualdade promovida pelo Estado era discrepante. Até porque, via de regra, quem contribuía para a Previdência também auferia renda fixa, podendo manter uma vida minimamente digna. D'outro modo, quem não era contribuinte do seguro social, além de, muito provavelmente, não auferir qualquer renda, também ficava completamente às margens da sociedade, sem qualquer assistencialismo governamental de caráter sanitário (WEICHERT, 2004, p. 158).

Com a criação do SUS, voltado a ações de caráter preventivo e curativo, as pessoas mais carentes que, anteriormente, se encontravam completamente desamparadas, passaram a dispor de proteção governamental no tocante ao assistencialismo sanitário. De igual maneira, as pessoas que já contribuía para o seguro social (bem como seus dependentes) antes do advento do SUS (isto é, que já eram amparadas pelo modelo anterior) permaneceram protegidas pelo novo Sistema, sendo este último, agora, extremamente mais humanizado. Percebe-se, então que, em virtude do princípio da universalidade, toda a população (sem distinções) passou a dispor das ações e serviços públicos de saúde (WEICHERT, 2004, p. 158).

Outros princípios/diretrizes constitucionais de grande relevância no dia a dia do SUS são, respectivamente, a igualdade e a equidade. Por estarem intimamente ligados, optou-se pela abordagem conjunta dos aludidos princípios neste estudo. Oportuno ressaltar que a equidade é criação da Reforma Sanitária Brasileira, eis que, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, restou estabelecido que o novo Sistema Único de Saúde no Brasil deveria proporcionar acesso equitativo aos usuários que necessitassem dos serviços sanitários. A equidade foi reconhecida, portanto, como um dos princípios do SUS (BRASIL, 1986).

Vieira (2013, p. 336) leciona que o princípio da igualdade encontra previsão no texto constitucional de 1988 e possui frontal vinculação com a equidade. Ambos, se efetivados, garantem o respeito à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil. Para que seja atingida a igualdade entre todos os cidadãos em seu aspecto material, comumente se mostra necessário o uso da equidade, que consiste em proporcionar maior atenção àquelas pessoas mais

vulneráveis, sendo o conceito de vulnerabilidade aplicado, neste caso, aos mais diversos sentidos.

Segundo Vieira (2013, p. 337),

[...] dentro das demandas e das condições dos usuários do SUS, deve haver a priorização daqueles que mais necessitem dos serviços públicos de saúde, mesmo que, para tanto, tenha que se cometer um ato de desigualdade formal, configurando-se como uma discriminação positiva, a exemplo das ações afirmativas.

Portanto, igualdade e equidade, ao tempo que apresentam determinadas diferenças, também são princípios umbilicalmente ligados, eis que só se tornará possível alcançar a igualdade material de forma satisfatória se a equidade for constantemente aplicada, após constatação da realidade social de cada usuário do SUS. Carvalho (2013, p. 14) define a equidade como sendo “a igualdade adjetivada pela justiça. Pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal)”.

Para finalizar, Matta (2007, p. 69) entende que a igualdade, em seu aspecto formal (todas as pessoas sendo detentoras dos mesmos direitos) surgiu como forma de reforçar e/ou complementar os ideais defendidos pelo princípio da universalidade. Isto é, tendo o SUS caráter universal, a priori, todos os usuários possuem o mesmo direito de dispor das ações e serviços sanitários. Ocorre que a complexidade da vida humana apresenta infinitas diferenças. Cada ser humano é único. A partir dessa constatação é que “entra em cena” o princípio da equidade, diagnosticando as peculiaridades, especificidades e, portanto, necessidades de cada pessoa e, com isso, adota todas as ações e medidas necessárias, objetivando que ninguém fique desamparado pelo sistema.

Adiante, faz-se alusão à regionalização e hierarquização. Tal princípio/diretriz encontra previsão no art. 198, “caput”, da CRFB/1988, que dispõe: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”. Já a Lei nº 8.080/1990 regulamenta a regionalização e hierarquização em inúmeros artigos, tais como: 7º, IV, “b”; 8º; 18, II e 19-G (BRASIL, 1988 e 1990).

O princípio/diretriz da regionalização e hierarquização também possui a RSB e a 8ª Conferência Nacional de Saúde como seu respectivo nascedouro. Nesse sentido, o Relatório Final da 8ª CNS dispôs que a “regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços” figuraria como princípio norteador do inédito

Sistema Nacional de Saúde que estava prestes a ser institucionalizado no Brasil (BRASIL, 1986).

O Brasil, tão extenso territorialmente e multicultural como é, com seus mais de 210 milhões de habitantes, apresenta incontável diversidade de necessidades populacionais, podendo as demandas sanitárias variar de região para região. Portanto, para que as ações e serviços de saúde prestados pelo SUS consigam atender a contento a população residente em cada parte do País, necessário que o Sistema Único seja regido pelo princípio/diretriz da regionalização e hierarquização (MATTA, 2007, p. 75).

Segundo Teixeira (2011, pp. 6-7), para que a regionalização possa ser ao máximo efetivada, os gestores (principalmente locais e regionais) do SUS precisam delimitar uma base territorial na qual prestarão as ações e serviços de saúde. Durante e após a delimitação, se faz necessário estudar e compreender as principais necessidades sanitárias da população que reside naquele espaço territorial.

Complementarmente, Matta (2007, p. 75) afirma que uma rede de serviços sanitários regionalizada “deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região”.

Portanto, os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde - UBS, por exemplo, responsáveis pela prestação dos serviços de atenção primária à saúde em determinada localidade, devem conhecer com profundidade a realidade e as necessidades da população que reside naquele espaço territorial. Conhecendo bem as demandas dos moradores daquela região, aludidos colaboradores da UBS terão capacidade de “cortar pela raiz” incontáveis problemas de saúde que, caso não tivessem sido combatidos logo de início pela atenção primária, poderiam se agravar, não restando aos cidadãos outra alternativa senão recorrer aos níveis de média e alta complexidade do SUS que, vale dizer, são extremamente mais custosos ao erário.

No parágrafo anterior fez-se alusão aos níveis de complexidade do SUS (baixa, média e alta). Com efeito, neste momento, se torna oportuno versar sobre a hierarquização, que consiste na organização da prestação das ações e serviços públicos de saúde em níveis crescentes e distintos de complexidade. Segundo Weichert (2004, p. 165),

Dividindo-se a rede em níveis hierarquizados de complexidade (v.g., atendimento primário, baixa, média e alta complexidade) e distribuindo-se as

unidades por regiões, cria-se uma espécie de pirâmide de serviços, de modo a que haja uma distribuição abundante de serviços primários e de baixa complexidade em todas as localidades (tarefa primordial dos Municípios) e, conforme a extensão geográfica e a densidade populacional, sucessivamente, serviços de média e alta complexidade. Não há, efetivamente, necessidade de grande número de hospitais de alta complexidade, ou seja, de Municípios os manterem, sendo essa tarefa mais afeta aos Estados, que têm o domínio regional da situação da saúde.

Portanto, a prestação dos serviços sanitários no Brasil é dividida em níveis crescentes de complexidade (rede hierarquizada), cada qual com suas específicas atribuições/responsabilidades. Da atenção primária, por exemplo, é exigido grau tecnológico menos avançado e um atendimento mais “clínico geral”. Caso a situação não consiga ser resolvida no primeiro nível de complexidade do SUS, deverá o paciente ser encaminhado aos níveis de média e/ou alta complexidade (a depender da necessidade), que demandam mais avançado grau de tecnologia para prestação dos serviços, bem como a atuação de profissionais extremamente especializados. Por consequência, também acarreta maiores custos ao erário (TEIXEIRA, 2011, p. 7).

No seguir, tem-se o princípio/diretriz da unidade/unicidade. Tal ideia principiológica surgiu somente com a criação do SUS (institucionalizado por meio da promulgação da CRFB/1988). Acerca do assunto, Gomes (s/d, p. 198) discorre que, por meio

[...] do disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que se refere a um “sistema único”, implantou-se a unicidade como princípio, de modo que o serviço deve ser prestado pelos três entes da federação de maneira indiferenciada para todos.

Nessa toada, Vieira (2013, p. 332) leciona que, embora existam os níveis de atenção primária, média e alta complexidade (hierarquização) e a prestação dos serviços sanitários precise manter consonância com as demandas de cada espaço geográfico, podendo variar de região para região (regionalização), o princípio da unidade ou unicidade continua existindo, eis que todas essas ações integram o mesmo sistema sanitário, que é o SUS.

Com efeito, a ideia de unidade/unicidade consiste em dizer que o SUS é o único sistema público responsável pela prestação das ações e serviços de saúde no Brasil, por mais que tão complexos e diversos estes(as) sejam.

A unicidade, portanto, representa completamente o oposto do que acontecia em momentos anteriores à criação do SUS, quando as ações e serviços de saúde no Brasil eram prestados, por exemplo, pelas Caixas de Aposentadorias e

Pensões – CAPs e Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs. Durante todo esse período, não havia uniformização das regras de acesso a esses serviços. Cada CAP e cada IAP tinha liberdade para adotar regramentos internos próprios, o que gerava exorbitantes disparidades normativas e sociais. Com a criação da LOPS (em 1960) e, especialmente, com o advento do INPS, em 1966 (que extinguiu os IAPs), começou a haver maior padronização no que concerne aos serviços previdenciários e sanitários. Todavia, ainda não se tratava de um sistema universal, deixando vasta camada populacional completamente desamparada.

Mais um importante princípio/diretriz do SUS diz respeito à descentralização, encontrando regulamentação no art. 198, I, da CRFB/1988 e no art. 7º, IX, da Lei nº 8.080/1990. Assim como diversos outros princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde, é corolário da Reforma Sanitária Brasileira, estando previsto no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que dispôs que o SUS deveria ser regido pela “descentralização na gestão dos serviços” (BRASIL, 1986, 1988 e 1990).

Weichert (2004, p. 166) discorre que

O princípio da descentralização dos serviços e ações de saúde refere um objetivo e um vetor a serem gradativamente implementados. É um princípio que se articula com o da regionalização e hierarquização, indicando que os serviços devem ser primordialmente executados pelos Municípios. Lembrese, a propósito, o teor do artigo 30, inciso VII, que confere aos Municípios a tarefa de prestar serviços de atendimento à saúde da população.

Sem dúvidas, os agentes políticos municipais são aqueles que convivem diariamente com a população. Com efeito, via de regra, conhecem com maior profundidade os anseios sociais. Por este motivo é que a CRFB/1988, ao institucionalizar o Sistema Único de Saúde, atribuiu grande autonomia aos entes locais para prestação das ações e serviços de saúde, justamente porque seus representantes legitimamente eleitos conhecem (ou, ao menos, deveriam conhecer) melhor as necessidades sanitárias dos munícipes, logrando, por consequência, maior êxito quando da formulação e implementação de políticas públicas como instrumentos de resolução de problemas políticos (WEICHERT, 2004, p. 166).

Evidente que o fato de atribuir aos municípios a tarefa de prestar a maioria das ações e serviços sanitários não representa, obrigatoriamente e por si só, sinônimo de “boa gestão”. Pelo contrário. Inúmeros fatores podem influenciar na eficácia ou ineficácia de um governo. Os próprios compromissos firmados em campanha pelos

agentes políticos vencedores das eleições municipais (prefeito e vice-prefeito) podem dizer se aquela gestão que se inicia despenderá maior ou menor atenção à área sanitária, em que pese as políticas públicas vinculadas à saúde devam sempre figurar no topo das agendas governamentais. Outra situação que possui o condão de interferir na eficácia da gestão municipal em saúde é que nem todos os municípios possuem a mesma infraestrutura e “quadro de pessoal” disponíveis, quer seja por má gestão, quer seja pela insuficiente aplicação da verba pública na área sanitária ou, ainda, porque simplesmente são de menor porte (arrecadando, via de regra, recursos insuficientes para fazer frente aos tantos anseios sociais na área sanitária) (YUNES, 1999, p. 67).

De todo modo, mesmo com dificuldades (comuns e existentes em todas as administrações públicas de todos os entes federativos), Vieira (2013, p. 333) é assertivo ao afirmar que a descentralização possibilita a concretização da cidadania participativa, pois não restam dúvidas que os agentes políticos municipais são os mais preparados para colocar em prática grande maioria das ações e serviços do SUS, vez que presenciam rotineiramente as demandas e angústias vivenciadas pelos munícipes/usuários.

Dando sequência ao estudo e abordagem dos princípios/diretrizes, destaca-se o princípio/diretriz da integralidade, que encontra amparo no inciso II do art. 198 da CRFB/1988, determinando ao SUS a obrigatoriedade de promover “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (BRASIL, 1988). Posteriormente, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), no inciso II de seu art. 7º, trouxe como princípio do Sistema Único de Saúde a “*integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (BRASIL, 1990).

Não diferente dos demais, o princípio/diretriz da integralidade é considerado um “filho” da Reforma Sanitária Brasileira, tendo sido esculpido no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que dispôs que o inédito Sistema Nacional de Saúde (que estava prestes a ser implantado no Brasil) seria calcado na “*integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo*” (BRASIL, 1986, p. 10).

Segundo Weichert (2004, p. 170),

A integralidade implica, pois, no dever de serem oferecidos serviços integrais à saúde, qualquer que seja a doença ou agravo. Vale dizer, o cidadão tem direito a tratamento para qualquer patologia, ainda que de extrema complexidade e de elevado custo. Apontado como um dos vilões da viabilidade financeira do sistema público de saúde, ao lado da universalidade, trata-se de uma enorme conquista social, a ser percorrida ainda em diversos países.

Isto é, de acordo com o princípio/diretriz da integralidade, nenhum ser humano, na condição de paciente do SUS, poderá permanecer desamparado ou sem atendimento. Por expressa imposição constitucional, o Sistema Único de Saúde no Brasil tem a obrigação de acolher toda e qualquer pessoa que dele necessite, em nada importando o quão duradouro, complexo e dispendioso ao erário venha a ser o tratamento de saúde (AITH, *et al.*, 2014, p. 13). Afinal, como já anteriormente mencionado, o SUS engloba todos os níveis de complexidade existentes, dando ênfase, aqui, para a alta complexidade, que exige equipamentos modernos, eficientes e tecnológicos (sendo, por consequência, extremamente custosos), bem como atuação de profissionais extremamente especializados para realização de procedimentos difíceis. Segundo Matta (2007, p. 71), “isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante [...]”.

Portanto, a integralidade, que possui foco nas ações preventivas de saúde (conforme expressa previsão constitucional), representou incontroversa ruptura de paradigmas no tocante à prestação dos serviços sanitários no Brasil, vez que passou a exigir do SUS um olhar panorâmico acerca das condições de saúde de seus pacientes, devendo o Sistema Único adotar todas as medidas que se mostrarem necessárias à perseguição e manutenção da vida humana, direito fundamental, cuja inviolabilidade deve ser garantida pelo Estado (BRASIL, 1988; MATTA, 2007, p. 71; VIEIRA, 2013, p. 336).

Abordados os princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde, ressalta-se que esta pesquisa, até o presente momento, analisou os antecedentes históricos do Estado Social e Democrático de Direito até sua posterior inserção na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Restou evidenciada a importância das políticas públicas como meio de concretização dos direitos sociais fundamentais. No presente capítulo, o foco de abordagem consistiu na grande mudança de paradigmas que a criação do SUS ocasionou na prestação das ações e serviços sanitários no Brasil. Debateu-se sobre os dispositivos da CRFB/1988 e principais legislações

infraconstitucionais em matéria sanitária, além dos princípios/diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde, restando incontroverso que as leis que envolvem a temática foram editadas para que todos os entes federativos tenham o dever de atuar na garantia da melhor prestação e mais amplo acesso aos serviços de saúde à população. Esse foi o objetivo do Constituinte Originário, ao criar o SUS para toda a sociedade, sem distinções.

Tendo em vista que as competências material e legislativa em matéria de saúde foram atribuídas pela CRFB/1988 a todos os entes federativos, o foco do próximo e último capítulo fica, desde já, justificado. Este, analisará a atuação da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC na formulação de normas legislativas em matéria de saúde, como forma de entender se os(as) legisladores(as) observaram ou não o preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito.

4 A ATUAÇÃO DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC NA FORMULAÇÃO DE NORMAS LEGISLATIVAS QUE TRATAM DA GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE, A PARTIR DO PRECONIZADO PELO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Nos capítulos anteriores, restou demonstrado que a CRFB/1988 atribuiu aos municípios competência administrativa para prestação das ações e serviços de saúde (art. 23, II, da CRFB/1988), sendo estes entes federativos os principais responsáveis pela prestação dos serviços sanitários no Brasil (principalmente no que diz respeito à atenção primária), devendo contar com a cooperação técnica e financeira da União e do respectivo Estado (art. 30, VII, da CRFB/1988). Não se olvida, também, que os municípios possuem competência para legislar em matéria de saúde nos assuntos de interesse local, bem como para suplementar as leis federais e estaduais naquilo que for cabível (art. 30, I e II, da CRFB/1988) (BRASIL, 1988).

A autonomia municipal também restou estabelecida no texto constitucional promulgado em 1988, mais especificamente nos artigos 18, “caput”⁶ e 29, “caput”. Este último, assegura que “*o Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal [...]*” (BRASIL, 1988).

Realmente, não poderia o Constituinte Originário ter estabelecido previsões diversas. Afinal, o Brasil, tão multicultural e extenso territorialmente como é, sem dúvidas, exige dos gestores diferentes formas de administrar e dos legisladores a edição das mais diversas leis. Por isso, a necessidade dessa autonomia administrativa e legislativa conferida pela Constituição a todos os entes federativos (LIZIERO, 2019, p. 244).

Oportuno frisar que, caso a vida em sociedade fosse regulamentada somente pela legislação federal, os interesses regionais jamais conseguiriam ser atendidos na integralidade. O próprio Constituinte Originário assim entendeu quando inseriu no § 1º do art. 24 da CRFB/1988 a seguinte redação normativa: “*no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais*” (BRASIL, 1988).

⁶ Art. 18, “caput”, da CRFB/1988. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).

Ou seja, excetuando as hipóteses em que a competência é privativa da União (rol de incisos do art. 22, da CRFB/1988), as leis federais deverão somente estabelecer disposições gerais, deixando aos Estados e, quando cabível, aos municípios, a competência para suplementar as normas gerais, de modo a atender os interesses locais.

Especificamente no que tange à autonomia municipal (legislativa e material), é oportuno expor o posicionamento do Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADI 1.842/RJ, de relatoria do Ministro Luiz Fux:

A Constituição Federal conferiu ênfase à autonomia municipal ao mencionar os municípios como integrantes do sistema federativo (art. 1º da CF/1988) e ao fixá-la junto com os estados e o Distrito Federal (art. 18 da CF/1988). A essência da autonomia municipal contém primordialmente (i) autoadministração, que implica capacidade decisória quanto aos interesses locais, sem delegação ou aprovação hierárquica; e (ii) autogoverno, que determina a eleição do chefe do Poder Executivo e dos representantes no Legislativo (BRASIL, 2013).

Silva (2005, p. 641), por sua vez, vai ainda mais além, apresentando quatro características que evidenciam a existência de autonomia municipal, tanto no sentido formal, quanto no sentido material:

- (a) capacidade de auto-organização, mediante a elaboração de lei orgânica própria;
- (b) capacidade de autogoverno, pela eletividade do Prefeito e dos Vereadores às respectivas Câmaras Municipais;
- (c) capacidade normativa própria, ou capacidade de autolegislação, mediante a competência de elaboração de leis municipais sobre áreas que são reservadas à sua competência exclusiva e suplementar;
- (d) capacidade de autoadministração (administração própria, para manter e prestar os serviços de interesse local).

Essa autonomia conferida aos municípios pelo Constituinte de 1988 é considerada inédita, eis que as Constituições brasileiras anteriores não outorgaram diretamente e com tamanha clareza a estes entes federativos as capacidades de auto-organização, autogoverno, autoadministração e também para elaborar suas próprias leis. Pelo contrário, em momentos anteriores à promulgação da CRFB/1988, cabia aos Estados-membros a prerrogativa para criar e organizar seus respectivos Municípios, estabelecendo modelos de gestão e eventuais assuntos de interesse local (SILVA, 2005, p. 641).

Todavia, por conta da hierarquia normativa estabelecida pela CRFB/1988, a autonomia legislativa dos municípios em matéria sanitária acaba se tornando um tanto limitada, não podendo se exigir destes entes federativos a resolução de todos

os problemas de saúde. D'outro lado, também não se pode isentá-los da imensa responsabilidade de cuidar da saúde de forma satisfatória e de editar leis sempre que cabível, tanto para atender aos interesses locais, quanto para suplementar a legislação federal e estadual no que for cabível.

Estabelecidas essas premissas, o foco deste capítulo voltar-se-á à análise da atuação do Município de Criciúma/SC na formulação de normas legislativas que tratam da garantia do direito social fundamental à saúde, especificamente no período de 2017/2020 (18ª Legislatura da Câmara de Vereadores de Criciúma/SC), a partir do preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito.

Objetiva-se compreender se a atuação do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC no processo de formulação de normas legislativas durante o quadriênio 2017/2020 conseguiu contribuir para a garantia do direito social fundamental à saúde, pelo menos no que tange aos assuntos de interesse local, bem como nos quais poderiam/deveriam os vereadores suplementar as legislações federais e estaduais.

Antes da materialização do aludido estudo, essencial caracterizar o Município de Criciúma/SC, principalmente no tocante ao contexto histórico, aspectos geográficos, perfil socioeconômico, estrutura do Sistema Único de Saúde e indicadores sanitários.

Não menos importante, destacar-se-á o perfil de cada um dos vereadores e vereadoras que compuseram a 18ª Legislatura da Câmara de Vereadores de Criciúma/SC (2017/2020), eis que foram os responsáveis pelo acompanhamento de todo o processo de elaboração das normas sanitárias que tramitaram na Casa Legislativa durante referido lapso temporal. Far-se-á um levantamento da totalidade das proposições apresentadas no período, selecionando e analisando, ao final, os projetos de lei vinculados à temática da saúde que mantiveram consonância e observância ao preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito.

4.1 O MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC: CONTEXTO HISTÓRICO, ASPECTOS GEOGRÁFICOS, PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTRUTURA DO SUS E INDICADORES SANITÁRIOS

Segundo Naspolini Filho (s/d), as famílias italianas foram as responsáveis pela inauguração do processo colonizatório de Criciúma/SC, chegando nessa terra a partir do início da década de 1880. Inclusive, 6 de janeiro de 1880 é oficialmente considerada a data de fundação do atual Município de Criciúma/SC.⁷

Sobre os imigrantes italianos e o processo de colonização de Criciúma/SC, Honorato *et al.* (2020, p. 20) discorrem que,

Em 6 de janeiro de 1880, esse grupo escolheu as margens de um rio para construir um pequeno povoado, onde se instalaram vinte e duas famílias de um grupo de imigrantes italianos. Os povoamentos mais próximos eram dos vizinhos Araranguá e Urussanga. Essas famílias imigrantes tinham os seguintes sobrenomes: Pizetti, Scotti, Sônego, Benedet, Casagrande, De Luca, Dário, Pavan, Netto, Martinello, Pierini, Tomé, Zanette, Milanez, Darós, Biléssimo, Meller, Milioli, Ortolan, Venson, Piazza e Barbieri.

Nos anos seguintes, diversos outros imigrantes fixaram moradia em Criciúma/SC, participando ativamente, também, do processo de colonização do respectivo território. Dentre eles, destacam-se os africanos, alemães, poloneses, espanhóis, portugueses e árabes (HONORATO *et al.*, 2020).

Em 1892, adveio a Lei Estadual nº 48, de 02 de setembro de 1892, criando o “distrito de Cresciúma”, tendo permanecido inicialmente subordinado ao Município de Araranguá/SC. Isto é, o território de Criciúma/SC não foi inicialmente considerado um município (HONORATO *et al.*, 2020, p. 37).⁸

A emancipação político-administrativa de Criciúma/SC só veio a ocorrer no ano de 1925, quando houve o desmembramento do respectivo território, deixando de ser simplesmente um distrito do Município de Araranguá/SC. Ressalta-se que foi a Lei

⁷ A Lei Municipal nº 2.555, de 27 de maio de 1991 (que regulamentou os feriados municipais no Município de Criciúma/SC), dispôs: *art. 1º. Ficam considerados feriados no Município de Criciúma, as datas comemorativas religiosa e civil, a seguir especificadas: I – 06 de Janeiro – Consagrado aos Santos Reis e dia da fundação da cidade de Criciúma, com chegada dos primeiros imigrantes italianos; (CRICIÚMA, 1991).*

⁸ O nome inicial “Cresciúma” foi escolhido em alusão à uma gramínea que existia em grande quantidade em todo o território criciumense à época. Além de “Cresciúma”, outras grafias também se prestavam para escrever o nome do distrito (02/09/1892 a 03/11/1925) e, a partir de 04 de novembro de 1925, do Município, quais sejam: “Criciúma”, “Cressiúma” e “Crixíuma”. Somente a partir do ano de 1948 é que houve a uniformização do termo, passando a ser escrito somente como “Criciúma” (grafia, esta, que permanece válida até os dias atuais) (HONORATO *et al.*, 2020, p. 39).

Estadual nº 1.516, de 04 de novembro de 1925 a responsável por tal conquista. Nessa senda, Honorato *et al.* (2020, pp. 37-38) salientam que,

Depois de muitas lutas, foi aprovada a Lei nº 1.516, de 4 de novembro de 1925, a qual emancipava o nosso município a partir de 1º de janeiro do ano seguinte, com o nome de Cresciúma.

Com o município emancipado, o governador de Santa Catarina precisou escolher um superintendente, o Senhor Marcos Rovaris. Ele ocupou o cargo até a realização da primeira eleição. No dia 1º de janeiro de 1926, uma grande festa aconteceu para comemorar a instalação do município de Cresciúma.

Cabe ressaltar que, desde o início da colonização, a agricultura e a pecuária foram os principais meios que os imigrantes encontraram para garantia de suas sobrevivências no território de Criciúma/SC (inicialmente um distrito de Araranguá/SC e, a partir de 1925, um Município). Era habitual que os imigrantes, além de comercializar a produção, também trocassem suas mercadorias. Uma família que plantava aipim, por exemplo, trocava este produto com outra família que plantava feijão. E assim levavam a vida, utilizando os resultados da plantação como moedas de troca. Uma espécie de escambo (HONORATO *et al.*, 2020, p. 70).

Paganini (2016, p. 110) ressalta que todos os membros das famílias costumavam se dedicar ao árduo trabalho campesino. Nem mesmo as crianças ficavam isentas do labor rural. Era muito comum que, a partir dos cinco, seis ou sete anos de idade, os menores já comesçassem a participar ativamente do dia a dia da vida no campo. Essa era a realidade da época. Todos precisavam colaborar com o sustento do grupo familiar.

Não demorou muito (mais especificamente na última década do século XIX) para que, também, fosse descoberta no território de Criciúma/SC grande quantidade de carvão mineral. Com o descobrimento dessa riqueza natural em quantidade abundante, a exploração do carvão passou a ser, progressivamente, o principal meio de sobrevivência da população local. Muitas famílias acabaram abandonando a vida no campo para começar a exercer a força de trabalho nas minas de carvão. É o chamado êxodo rural. Os homens se dedicavam aos árduos serviços braçais e as mulheres, via de regra, trabalhavam como “escolhedeiras”⁹ (HONORATO *et al.*, 2020, p. 77).

⁹ No âmbito do Município de Criciúma/SC, 1º de junho é considerado o “Dia Municipal das Escolhedeiras de Carvão”, em virtude da Lei Municipal nº 6.432, de 12 de junho de 2014, promulgada pelo à época Prefeito Márcio Búrigo (referida Lei é oriunda do Projeto de Lei - PL nº 028/2014, de autoria do vereador Edson Aurélio, do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB) (CRICIÚMA, 2014).

Durante muito tempo, o carvão mineral foi a principal fonte de geradora de riqueza em Criciúma/SC. Por este motivo, muitas empresas se instalaram no solo criciumense, com objetivo de explorar esse combustível fóssil. Conseqüentemente, incontáveis brasileiros de diversas regiões do País, bem como estrangeiros, decidiram fixar residência em Criciúma/SC, em virtude das ótimas oportunidades de emprego proporcionadas pelas empresas mineradoras de carvão (HONORATO *et al.*, 2020, p. 77).

A extração do carvão foi tão importante para o desenvolvimento socioeconômico do Município de Criciúma/SC que esse minério acabou por ficar popularmente conhecido como “ouro negro”. Ademais, Criciúma/SC, há muitos anos, é conhecida nacionalmente como a “Capital Brasileira do Carvão” (HONORATO *et al.*, 2020, p. 79). Não bastasse, o principal time da Cidade (Criciúma Esporte Clube) é intitulado como o “Clube ou Time Carvoeiro”, com uniforme tricolor (cores: preto, amarelo e branco). A cor preta foi escolhida para homenagear o carvão mineral.

D’outro lado, o carvão também foi responsável por trazer graves prejuízos à saúde de inúmeros trabalhadores da área. Ao longo dos anos, com a extração desse minério em Criciúma/SC (e Região Sul de Santa Catarina), diversas doenças profissionais começaram a aparecer. Como exemplos, Volpato (1984, p. 176) menciona

[...] o hidrargirismo crônico, nos trabalhadores expostos ao mercúrio; as intoxicações produzidas pelo chumbo; as pneumoconioses – doenças profissionais do aparelho respiratório, que consiste “na acumulação de poeiras nos pulmões e nas reações dos tecidos em presença dessas poeiras”, segundo definição da OIT.

O carvão também acarretou graves danos ao meio ambiente. Várias áreas do Município de Criciúma/SC se encontram até hoje em estado de degradação por conta dos drásticos efeitos gerados por este combustível fóssil. Não é à toa que, em 15 de abril de 1993, o Ministério Público Federal – MPF propôs a Ação Civil Pública - ACP nº 93.8000533-4 em face da União, do Estado de Santa Catarina e de 11 (onze) empresas que exploravam o carvão mineral em Criciúma/SC e região (referida ação ficou conhecida como “APC do Carvão”). O MPF sustentou que as mineradoras não estavam respeitando a legislação protetiva do meio ambiente, visando, tão somente, o lucro. Tal realidade vinha contaminando desenfreadamente o solo e o subsolo de diversas áreas espalhadas por toda a região Sul do Estado de Santa Catarina, bem

como as bacias hidrográficas localizadas nos municípios de Urussanga, Tubarão e Araranguá (PINHO; PREVE, 2015, p. 14).

No ano de 2000, o processo foi julgado em primeira instância (autos nº 2000.72.04.002543-9), condenando os réus a promoverem, no período de três anos, a recuperação as áreas ambientais (hídricas e terrestres) degradadas pelo carvão. Para tanto, deveria ser apresentado, no prazo de seis meses, o projeto de recuperação ambiental. Todos os réus recorreram e, em momento posterior, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região – TRF4 prorrogou o prazo para 10 (dez) anos, específica e unicamente para recuperação dos recursos hídricos. Em relação aos espaços terrestres, foi mantido o prazo de três anos (ACP CARVÃO, s/d; PINHO; PREVE, 2015, p. 14).

Outros desdobramentos acerca da aludida Ação Civil Pública também ocorreram. Os réus foram recorrendo, até que a demanda chegou ao Superior Tribunal de Justiça – STJ, tendo sido julgada em 22 de outubro de 2007, por meio do Recurso Especial – REsp nº 647.493/SC. Foi reconhecida a conduta omissa da União ao deixar de fiscalizar as atividades desenvolvidas pelas empresas na Região Sul de Santa Catarina. Com efeito, aludido ente federativo respondeu de forma subjetiva, uma vez que deveria ter respeitado a legislação ambiental, que tem como base o art. 225, da CRFB/1988 (BRASIL, 1988 e 2007).

Verifica-se que quase 30 (trinta) anos já se passaram desde a propositura da referida ACP por parte do Ministério Público Federal, sendo que esta se mantém em pauta até os dias atuais, eis que o *Parquet* entende que vários espaços territoriais ainda não foram devidamente recuperados. Situação, esta, que impede que esses trechos recebam investimentos capazes de gerar crescimento econômico. A breve explanação acerca da existência da “ACP do Carvão” neste estudo objetivou, tão somente, demonstrar os graves danos ao meio ambiente proporcionados pela extração do carvão mineral em Criciúma/SC e região.

Além do carvão, com o passar dos anos, outros ramos industriais também passaram a ser explorados no Município de Criciúma/SC. Honorato *et al.* (2020, p. 77) aduzem que,

Aos poucos, a indústria cerâmica, calçadista, têxtil, construção civil e metalúrgica expandiram-se também no município, onde hoje se destaca no ramo industrial, pois é o setor que produz maior riqueza para Criciúma. Nos tempos atuais, as principais indústrias são a cerâmica, o vestuário, os artefatos de concreto e o fibrocimento.

Ademais, Criciúma/SC também é conhecido pelas atividades culturais. A Festa das Etnias, por exemplo (que teve início no ano de 1989 e, inicialmente, levava o nome de “Quermesse”), é um evento que acontece anualmente, oferecendo ao público presente, dentre outras, grande diversidade gastronômica, contemplando práticos típicos e tradicionais de todas as etnias que participaram do processo colonizatório do Município de Criciúma/SC (HONORATO *et al.*, 2020, p. 81).

Outros pontos culturais também possuem suas respectivas sedes em Criciúma/SC. Nessa senda, Honorato *et al.* (2020, p. 80) citam, como exemplos,

[...] o Museu Augusto Casagrande, o Teatro Elias Angeloni, o Centro Cultural Jorge Zanatta, a Biblioteca Pública Municipal Donatila Borba, a Galeria de Artes Octávia Búrigo Gaidzinski, o Museu Casa da Nona, a Gruta Nossa Senhora de Lourdes e o Memorial Casa do Agente Ferroviário Mário Ghisi.

Cultura, turismo e lazer são áreas que caminham juntas. Nesse diapasão, Criciúma/SC também conta com o Estádio Heriberto Hülse, o Teatro Elias Angeloni, a Mina de Visitação Octávio Fontana, inúmeras praças (sendo que as mais conhecidas são as Praças Nereu Ramos e do Congresso), além de três grandes parques municipais (Parque Prefeito Altair Guidi, Parque dos Imigrantes e Parque das Nações). Nos últimos anos, inclusive, Criciúma/SC passou a ser conhecida como “A Cidade dos Parques”. Esses lugares, além de serem considerados pontos turísticos, também proporcionam saúde e qualidade de vida para a população local, vez que possuem ambiente e infraestrutura adequados para a prática de diversas atividades esportivas (HONORATO *et al.*, 2020).

Adiante, Criciúma/SC integra a Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC, sendo o mais populoso Município da Região Sul do Estado de Santa Catarina, com 219.393 habitantes (número divulgado no ano de 2021, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) (IBGE, 2021; AMREC, 2022).

Frisa-se que a AMREC foi fundada no ano de 1983 e, num momento inicial representava, tão somente, Criciúma/SC e outros seis municípios, quais sejam: Içara, Siderópolis, Lauro Müller, Nova Veneza, Urussanga e Morro da Fumaça. Posteriormente, novos municípios passaram a integrar aludida Associação, em virtude de emancipações político-administrativas que foram ocorrendo ao longo do tempo, sendo eles: Forquilha, Cocal do Sul, Treviso, Orleans (a partir de 18 de maio de 2004) e Balneário Rincão (a partir de 9 de abril de 2013). Portanto, atualmente, a

AMREC conta com 12 (doze) municípios da Região Sul de Santa Catarina (AMREC, 2022).

De todo modo, dentre todos os 12 (doze) municípios que compõem a AMREC, Criciúma/SC é considerada a principal Cidade da Região Sul catarinense, especialmente pelo quesito populacional. Para que se tenha uma ideia, Criciúma/SC possui quase o quádruplo da população do segundo Município mais populoso da AMREC, que é Içara/SC (58.055 habitantes, conforme dados de 2021) (AMREC, 2022).

Os outros 10 (dez) municípios são menos populosos. Forquilha/SC ocupa a terceira posição,

[...] com 27.621, seguido por Orleans com 23.161, e por Urussanga com 21.419. Morro da Fumaça é o sexto com 18.095. Cocal do Sul tem 16.956, Lauro Muller 15.380, bem próximo dos números de Nova Veneza, que tem 15.515. Siderópolis é o décimo com 14.176, e Balneário Rincão o décimo primeiro com 13.129. O município com menor população na AMREC, é o município de Treviso, com 4.002 (AMREC, 2022).

Voltando à temática do IBGE, ressalta-se que o último Censo Demográfico foi realizado no ano de 2010. Naquela ocasião, restou estimado que Criciúma/SC contava com uma população aproximada de 192.308 habitantes e densidade demográfica de 815,87 hab/km² (IBGE, 2010). Isto, pois, a área territorial total do referido Município é de 234.865 km² (IBGE, 2021).

Verifica-se que o Município de Criciúma/SC, em 2010, tinha quase 30 (trinta) mil habitantes a menos do que no ano de 2021 (conforme visto anteriormente, o IBGE divulgou que Criciúma/SC contava, no ano de 2021, com uma população estimada de 219.393 habitantes) (IBGE, 2021). Esse célere crescimento populacional, em sua grande maioria, não é reflexo das taxas de natalidade do Município, mas, sim, de brasileiros e estrangeiros que passam residir em Criciúma/SC, em virtude da maior qualidade de vida e mais amplas oportunidades de emprego ofertadas.

O Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE também registrou que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM do Município correspondia a 0,788. Com efeito, Criciúma/SC ocupou a 76ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2010).

Em relação à população criciumense vivendo em condições de pobreza ou extrema pobreza, o mesmo Censo registrou que 26,2% dos munícipes, no ano de

2010, sobreviviam mensalmente com renda per capita inferior ou igual a meio salário mínimo (IBGE, 2010).¹⁰

Já em relação aos percentuais dos trabalhadores com vínculo empregatício formal ativo e a média de rendimentos por eles auferida, foi divulgado pelo IBGE que,

Em 2020, o salário médio mensal era de 2.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 37.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 36 de 295 e 57 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 492 de 5570 e 217 de 5570, respectivamente (IBGE, 2020).

Adiante, em relação à saúde pública no município de Criciúma/SC, frisa-se que o Hospital São José - HSJ foi o primeiro responsável pelo atendimento à população de forma gratuita. Começou a ser projetado e construído no ano de 1934. Foram dois anos para que as obras pudessem ser concluídas, tendo iniciado as atividades no final do ano de 1936. Tendo em vista que, na década de 1930, a população cricumense era menor, as demandas sanitárias também eram proporcionais. Com efeito, os serviços inicialmente prestados eram limitados e assim continuaram sendo por muitos anos. Basicamente, o HSJ contava com profissionais que realizavam suas atividades em salas de operação e curativos. Possuía em sua estrutura, também, cozinha, capela, uma sala de visitas. Ao todo, somente 15 quartos foram destinados aos pacientes que ali precisavam permanecer (HOSPITAL SÃO JOSÉ, s/d; HONORATO *et al.*, 2020).

Ao longo dos anos, com o crescimento da população em Criciúma/SC e região, aliado ao avanço da tecnologia na área da saúde, o Hospital São José passou por reformas, visando, principalmente, sua ampliação. Na atualidade, bem como há muitos anos (especialmente após a criação do SUS), referido nosocômio é referência no tratamento de saúde não somente para Criciúma/SC, mas, também, para diversos municípios vizinhos. Atende toda a população regional que venha a necessitar de serviços sanitários, majoritariamente no que tange às ações de média e alta complexidade. Conta com profissionais altamente especializados, principalmente, nas áreas de cardiologia, infectologia, neurologia, oncologia e ortopedia (HOSPITAL SÃO JOSÉ, s/d; HONORATO *et al.*, 2020).

¹⁰ No ano de 2010, o valor do salário mínimo correspondia a R\$510,00 (quinhentos e dez reais).

Outro nosocômio que presta serviços de forma gratuita para Criciúma/SC e região é o Hospital Materno-Infantil Santa Catarina – Hmisc, voltado ao atendimento de mulheres e crianças. É neste hospital, por exemplo, que são realizados os procedimentos de pré-parto, parto e pós-parto imediato da grande maioria das crianças naturais da região Sul de Santa Catarina. Inclusive, foi divulgado pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS que, em 6 de agosto de 2022, nasceu o bebê de número 10 mil no referido Hospital, a contar de sua reinauguração, final do ano de 2018. Ou seja, nascem, aproximadamente, 2.500 bebês por ano no Hmisc (HONORATO *et al.*, 2020; IDEAS, 2022).

Além dos dois hospitais acima citados (responsáveis, principalmente, pela prestação de serviços de alta complexidade do SUS), também existem outros nosocômios, clínicas e consultórios que atendem no Município de Criciúma/SC. Todavia, pertencem à iniciativa privada. Por este motivo, não serão abordados no presente ensaio, cujo foco consiste na exposição, mesmo que de forma breve, sobre indicadores sanitários e a estrutura do Sistema Único de Saúde em Criciúma/SC. Isto é, somente abordando o que é de responsabilidade do Poder Público.

Já no que concerne aos serviços de atenção primária e média complexidade prestados pelo SUS, Honorato *et al.* (2020, p. 113-114) aduzem que,

Em Criciúma, existem também 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas pelos bairros do município, 40 delas atendem saúde bucal. Além disso, o município possui Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no Bairro Próspera, laboratório municipal, equipe itinerante que atende pessoas em situação de rua pelo município, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Farmácia Escola, Vigilância em Saúde (que compreende a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Centro de Zoonoses), Assistência Farmacêutica, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Especialidades em Saúde (CES), Policlínica do Rio Maina, Serviço de Residência Terapêutica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), salas de vacinas, entre outros serviços.

No ano de 2022, foi inaugurada uma nova Unidade de Pronto Atendimento – UPA no Município de Criciúma/SC, localizada no distrito do Rio Maina, passando a atender, majoritariamente, a população cricumense residente naquela localidade. Possui área total superior a 1.500 m², tendo sido habilitada pelo Ministério da Saúde em 25 de fevereiro de 2019. É administrada pelo Instituto Maria Schmitt – IMAS (IMAS, 2022).

As 48 Unidades Básicas de Saúde que existem no Município de Criciúma/SC, localizadas em diversos bairros, na realidade, são subdivididas para fins

de gestão em saúde entre cinco regiões do Município, quais sejam: Centro, Santa Luiza, Rio Maina, Boa Vista e Próspera. Tal situação facilita que cada uma das regiões consiga organizar o atendimento prestado pelas Unidades, de acordo com as necessidades específicas da população local. Para tanto, é nomeado um gerente central para cada um dos chamados “distritos sanitários” (cinco, no total), sendo este o responsável geral pela gestão de todas as UBS localizadas na respectiva região (HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019, pp. 38-39). Segundo os mesmos autores,

Das 48 UBS do município de Criciúma, apenas 34 têm equipes de saúde da família, 14 possuem AB convencional e ainda há equipes de AB que atuam nas duas policlínicas. Os gestores de UBS de Criciúma não possuem formalização de sua condição como gestor, assumindo a gestão em função da sua formação como enfermeiros, algo que está presente na cultura local da organização do município de Criciúma (HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019, p. 39).

No tocante aos indicadores sanitários, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, divulgados no ano de 2020, Criciúma/SC conta com taxa de mortalidade infantil de 5,89 óbitos para cada grupo de mil nascidos vivos. Com esses números, ocupa a 167ª posição entre os 295 municípios catarinenses e a 3672ª entre os 5.570 municípios brasileiros no que diz respeito à menores índices mortalidade de nascidos vivos. Isto é, está somente um pouco abaixo, tanto da média do Estado de Santa Catarina, quanto da média do Brasil em geral (IBGE, 2020).

Quanto ao saneamento básico, os índices de Criciúma/SC são considerados bons, se comparado à maioria dos municípios catarinenses e brasileiros. Aproximadamente 91,7% dos domicílios dispõem de sistema de esgoto considerado em padrões adequados, fazendo com que Criciúma/SC fique na 16ª posição entre os 295 municípios de Santa Catarina e na 360ª colocação entre os 5.570 municípios de todas as regiões brasileiras, especificamente no que diz respeito aos municípios com melhores percentuais de esgotamento sanitário considerado digno (IBGE, 2010).

Apresentados, mesmo que de forma breve, relevantes informações acerca do contexto histórico, aspectos geográficos, perfil socioeconômico, estrutura do Sistema Único de Saúde e indicadores sanitários do Município de Criciúma/SC, para encerrar este tópico, oportuno expor os nomes dos agentes políticos e os respectivos períodos nos quais exerceram a chefia do Poder Executivo no Município de Criciúma/SC. Honorato *et al.* (2020, pp. 123-127) traçam uma linha temporal histórica, sendo que Marcos Rovaris foi o primeiro prefeito de Criciúma/SC (à época chamado

de superintendente), durante os anos de 1926 a 1930, seguido de: Cincinato Naspolini (1930 a 1933); Elias Angeloni (1933 a 1945); Hercílio Amante (1944); Alfredo Bortoluzzi (1945 a 1946); Aldo Caldas Faraco (1945 a 1947; 1947 a 1951; e 1956 a 1961); João Carlos de Campos (1947); Carlos Octaviano Seará (1947 a 1948); Luiz Lazzarin (1949); Paulo Preis (1951 a 1955); Sinal Rosário Bohrer (1955 a 1956); Napoleão de Oliveira (1955); Nery Jesuíno da Rosa (1961 a 1963); Arlindo Junkes (1963 a 1966); Ruy Hülse (1966 a 1970); Nelson Alexandrino (1970 a 1973); Algemiro Manique Barreto (1973 a 1977); Altair Guidi (1977 a 1983; e 1989 a 1992); José Augusto Hülse (1983 a 1988); Eduardo Pinho Moreira (1993 a 1996); Paulo Roberto Meller (1997 a 2000); Décio Góes (2001 a 2004); Sérgio Pacheco (2005); Anderlei Antonelli (2005 a 2008); Clésio Salvaro (2009 a 2012; e 2017 a 2020); e Márcio Búrigo (2013 a 2016).

Ainda, para o quadriênio 2021 a 2024, Clésio Salvaro foi reeleito Prefeito do Município de Criciúma/SC, com 71.615 votos, o que representou 72,36% dos votos válidos (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2020).

Em relação ao Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, até os dias atuais, foram 18 legislaturas já concluídas, sendo que a 19ª se estenderá até 31 de dezembro de 2024. Centenas de agentes políticos já exerceram a função de vereador, tendo o dever de desempenhar, principalmente, as funções típicas de fiscalizar e legislar. No próximo tópico, o foco se voltará exclusivamente à 18ª Legislatura (2017/2020), abordando o perfil dos(as) vereadores(as), efetivos(as) e suplentes, que exerceram as funções legislativas no todo ou em parte do aludido quadriênio.

4.2 O PERFIL DOS(AS) LEGISLADORES(AS) DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DA CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC

Antes de analisar a produção normativa em saúde do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), necessário caracterizar o perfil dos(as) vereadores(as) que participaram ativamente durante o aludido quadriênio.

Tantos os(as) vereadores(as) efetivos(as) quanto os(as) suplentes(as) que assumiram ao longo do mandato legislativo serão abordados(as) neste tópico, eis que

todos os agentes políticos que exerceram a função de vereador no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC no decorrer da Legislatura 2017/2020 tiveram prerrogativa e oportunidade para apresentar proposições, inclusive vinculadas à temática da saúde.

Caracterizar-se-á, primeiramente, o perfil de cada um dos 17 (dezesete) vereadores eleitos para, logo após, caracterizar o perfil dos suplentes que assumiram no decorrer do mandato legislativo

Importante frisar desde já que, além dos(as) suplentes, nem todos os vereadores eleitos exerceram a função durante todo o período que compreendeu a 18ª Legislatura (2017/2020). Isto, pois, houve renúncia de um vereador que, em momento posterior, foi eleito Deputado Federal; outro edil, por sua vez, foi afastado temporariamente das funções legislativas em virtude de decisão judicial; ainda, outro vereador eleito permaneceu licenciado durante quase três anos da Legislatura para exercer cargo em comissão no Poder Executivo Municipal.

D'outro modo, menos tempo de exercício do mandato também não representa necessariamente um sinônimo de menor efetividade. É cabalmente possível que um edil, mesmo tendo exercido a vereança durante menor lapso temporal, tenha conseguido ser bem mais efetivo se comparado a outro que, eventualmente, se manteve em atividade durante a integralidade da Legislatura. Todavia, as proposições apresentadas serão objeto de análise no último tópico deste capítulo.

Destaca-se que as informações prestadas neste tópico acerca do perfil dos(as) vereadores(as) serão oriundas, tão somente, do site oficial da Câmara Municipal de Criciúma/SC, eis que consiste na fonte mais completa e confiável para abordagem e coleta de dados referente aos assuntos tratados.

Antes de dar início à caracterização do perfil dos(as) vereadores(as) efetivos(as) e suplentes, pertinente contextualizar alguns breves aspectos relacionados a legislaturas anteriores no Município de Criciúma/SC, bem como abordar, também de forma sucinta, o processo eleitoral que ocorreu no mesmo Município no ano de 2016, onde a população pôde escolher os(as) vereadores(as) que atuaram na 18ª Legislatura (2017/2020). Em relação às Eleições Municipais de 2016, serão extraídas informações do site oficial do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina – TRE-SC.

Estabelecidas essas premissas, ressalta-se que a Câmara Municipal de Criciúma/SC, há algumas legislaturas, conta com 17 cadeiras para a função de vereador. Quatro a menos do que o máximo permitido pela Constituição Federal de 1988 para municípios com mais de 160 mil e menos de 300 mil habitantes, que podem ter até 21 vagas no Poder Legislativo Municipal (art. 29, IV, “g”, da CRFB/1988) (BRASIL, 1988). Criciúma/SC, com a população que possui (aproximadamente 219.393 habitantes, conforme dados do IBGE, divulgados no ano de 2021), poderia ter o máximo de 21 vereadores, o que de fato já teve durante longo período, especificamente nas Legislaturas: 10^a (1983/1988); 11^a (1989/1992); 12^a (1993/1996); 13^a Legislatura (1997/2000) e 14^a Legislatura (2001/2004) (NASPOLINI FILHO, 2011; IBGE, 2021).

A partir da 15^a Legislatura (2005/2008) no Município de Criciúma/SC, por meio de alteração na Lei Orgânica Municipal – LOM, o número de vereadores foi reduzido para 12 (doze), mantendo idêntico *quantum* também para a 16^a Legislatura (2009/2012) (NASPOLINI FILHO, 2011).

Por outro lado, 12 (doze) vereadores se mostrou um número insuficiente, diante da dimensão do Município de Criciúma/SC, que já vinha crescendo celeremente, há muitos anos, principalmente nos quesitos socioeconômico e populacional. Por essa razão, no ano de 2011, a Lei Orgânica do Municipal – LOM foi novamente alterada por meio da Emenda à Lei Orgânica nº 20/2011, de modo que, a partir da 17^a Legislatura (2013/2016), o número de vereadores no Poder Legislativo de Criciúma/SC passasse a ser 17 (dezesete), realidade que permanece inalterada até os dias atuais. Isto é, para as Legislaturas 18^a (2017/2020) e 19^a (2021/2024), foram eleitos 17 vereadores (NASPOLINI FILHO, 2011; CRICIÚMA, 2011).

Como visto, 17 (dezesete) foi o número de vereadores eleitos para a 18^a Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC. Nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC (realizada em 02 de outubro de 2016, onde todos estes 17 vereadores foram eleitos), 141.667 eleitores estavam aptos a votar. Entretanto, compareceram às urnas um total de 119.318 votantes (84,22%). Ou seja, o número de abstenções foi de 22.349, o que correspondeu a 15,78% do eleitorado criciumense à época (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Dos 119.318 eleitores que compareceram às urnas, especificamente no que diz respeito ao voto para vereador (eleição proporcional), 108.788 foram votos

válidos (102.156 eleitores votaram especificamente em um vereador – voto nominal – e 6.632 eleitores optaram por votar nas legendas partidárias. Estes últimos, votaram no número do partido político, contribuindo para a legenda e/ou coligação como um todo, sem beneficiar nenhum candidato a vereador em específico). Por outro lado, 5.728 eleitores votaram em branco (4,80% do eleitorado total) e 4.802 anularam o sufrágio (o que corresponde a 4,02% da população apta a votar) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Abordados alguns breves aspectos concernentes às legislaturas anteriores no Município de Criciúma/SC e ao processo eleitoral de 2016 no mesmo Município, passar-se-á, a partir de agora, à caracterização do perfil de cada um(a) dos dezessete vereadores(as) eleitos(as) para a 18ª Legislatura (2017/2020) no Município de Criciúma/SC.

O vereador mais votado nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC foi **Arleu Ronaldo da Silveira**, do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, com 3.431 votos (o que representou 3,15% dos votos válidos). Referido vereador é natural de Criciúma/SC e nasceu em 21/05/1963. Na data em que foi eleito, tinha 53 anos de idade. Arleu possui ensino superior completo, sendo bioquímico de profissão e professor universitário. Sua votação foi espalhada por todos os colégios eleitorais do Município, mas, sobretudo, na região central de Criciúma/SC (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Logo no início da 18ª Legislatura, Arleu se licenciou temporariamente da função de vereador para assumir o cargo comissionado no Governo do Município de Criciúma/SC, onde permaneceu até meados do ano de 2019. Voltou a exercer a função de vereador no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC a partir do segundo semestre do ano de 2019, tendo permanecido até o último dia da Legislatura 2017/2020.

O segundo vereador mais votado para o mesmo período foi **Daniel Costa de Freitas**, à época eleito pelo Partido Progressista – PP, com 3.423 votos (3,15% dos votos válidos). Referido edil é natural de Criciúma/SC e nasceu em 03/04/1982 (tinha 34 anos de idade na data da eleição que, na realidade, representou sua reeleição, eis que já exercia a função de vereador na 17ª Legislatura). Daniel possui ensino superior completo, sendo empresário de profissão (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017).

Daniel Costa de Freitas exerceu o mandato legislativo por pouco mais de um ano e meio. Isto, pois, no primeiro semestre de 2018 (no decorrer da segunda sessão legislativa da 18ª Legislatura), deixou o PP e se filiou ao Partido Social Liberal – PSL, mesmo fora do período da “janela partidária”. Com efeito, o TRE-SC declarou a perda do mandato do referido vereador. Entretanto, logo após tomar conhecimento da referida decisão judicial, mais especificamente em 27 de julho de 2018, Freitas renunciou ao seu mandato, tendo, meses depois, sido eleito Deputado Federal por Santa Catarina nas Eleições Gerais de 2018, alcançando a segunda maior votação do Estado (142.571 votos, o que representa o *quantum* de 4,02% dos votos válidos) (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2018; TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2018).

O vereador que obteve a terceira maior votação nas Eleições Municipais 2016 em Criciúma/SC foi **José Paulo Ferrarezi** (eleito pelo à época PMDB), com 3.133 votos. Referido edil é natural de São Loureço D’Oeste/SC e nasceu em 04/11/1964, tendo, portanto, 51 anos de idade na data em que foi eleito (vereador também reeleito nas Eleições Municipais de 2016). Ferrarezi possui ensino médio completo, sendo profissional autônomo. Exerceu a vereança durante a integralidade das quatro sessões legislativas da 18ª Legislatura (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017).

O quarto vereador mais votado em Criciúma/SC nas Eleições Municipais de 2016 foi **Júlio César Kaminski**, eleito pelo PSDB com 2.634 votos (2,42% dos votos válidos). Aludido agente político é natural de Criciúma/SC e nasceu em 26/06/1964. Na data da eleição, tinha 52 anos de idade. É advogado de profissão e pós-graduado em direito processual civil e direito público. Atuou durante mais de 20 (vinte) anos como bancário. Permaneceu no exercício do mandato legislativo durante os quatro anos de duração da 18ª Legislatura (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Na quinta posição ficou **Dailto Feuser**, eleito pelo PSDB com 2.499 votos (2,30% dos votos válidos). Referido vereador é natural de Criciúma/SC e nasceu em 02/04/1967. Na data da eleição, tinha 49 anos. Feuser é metalúrgico de profissão e concentrou boa parte de sua votação no colégio eleitoral do Bairro São Francisco e Distrito do Rio Maina em geral. Feuser permaneceu na função legislativa ao longo dos quatro anos da 18ª Legislatura (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O sexto vereador mais votado foi **João Batista Belloli**, eleito com 2.347 votos pelo, à época, PMDB (2,16% dos votos válidos). Referido edil é natural de Criciúma/SC e nasceu em 11/07/1977. Com efeito, tinha 39 anos na data da eleição. Naquela ocasião, foi reeleito, eis que já exercia a função de vereador na 17ª Legislatura (2013/2016). Belloli é servidor público e possui ensino superior completo. Concentrou boa parte de sua votação na região em que reside e proximidades (colégios eleitorais dos Bairros São Luiz, Morro Estevão, Primeira Linha e Quarta Linha). Todavia, buscou consideráveis votações em praticamente todos os cantos do Município. Exerceu a vereança durante toda a 18ª Legislatura (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O sétimo edil com melhor votação no pleito eleitoral de 2016 foi **Salésio Lima**, eleito pelo PSD, com 2.137 votos (1,96% dos votos válidos). Referido vereador é natural de Criciúma/SC e nasceu em 22/07/1962. Portanto, na data das Eleições Municipais de 02 de outubro de 2016, tinha 54 anos. Naquela ocasião, foi reeleito, eis que já exercia a vereança há três mandatos consecutivos (respectivamente, 15ª, 16ª e 17ª Legislaturas). Lima possui ensino médio completo e é analista técnico em gestão pública (funcionário público). Conquistou boa parte dos votos na região onde reside (Grande Santa Luzia, pertencente ao Distrito do Rio Maina) e permaneceu no exercício da função legislativa durante os quatro anos da 18ª Legislatura (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Em oitavo lugar, pelo PSD, foi eleita **Camila do Nascimento**, com 2.042 votos (1,88% dos votos válidos). A mulher mais votada nas Eleições Municipais de 2016 é natural de Criciúma/SC e nasceu em 28/02/1983. Na data da eleição, contava com 33 anos de idade, tendo sido reconduzida ao seu segundo mandato. Referida vereadora é oceanógrafa de profissão e mestra em planejamento territorial e de cidades. Sua votação foi bem fracionada por todas as regiões do Município. Desempenhou a vereança durante todo o quadriênio 2017/2020. (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O nono vereador com melhor votação nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC foi **Júlio Cezar Colombo**, filiado à época no PSB, tendo sido eleito com 2.020 votos (1,86% dos votos válidos). Naquela ocasião, foi reconduzido ao seu

segundo mandato legislativo. Nascido em 16/04/1963, Colombo tinha 53 anos de idade na data do pleito eleitoral. Natural de Criciúma/SC, referido edil era advogado de profissão. Foi presidente do Poder Legislativo Municipal nos dois primeiros anos da 18ª Legislatura (2017/2020). Grande parte de sua votação foi oriunda da população residente nos bairros que integram o Distrito do Rio Maina. Exerceu o mandato legislativo durante todo o quadriênio 2017/2020, (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Em décimo lugar, **Valmir Dagostim** (nome de urna: “Miri Dagostim”), filiado ao Partido Progressista - PP, foi eleito com 2.013 votos (1,85% dos votos válidos). Natural de Criciúma/SC, referido vereador é empresário e possui ensino superior completo. Nascido em 26/08/1961, contava com 54 anos de idade na data do pleito eleitoral, momento em que foi eleito pela primeira vez. Popularmente conhecido como “Miri Dagostim”, o edil exerceu o mandato legislativo ao longo dos quatro anos da 18ª Legislatura, inclusive tendo sido presidente do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC durante todo o ano de 2019. Sua votação foi relativamente bem distribuída por todos os colégios eleitorais do Município (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Adiante, **Antônio Manoel** (nome de urna: “Toninho da Imbralit”) teve a décima primeira maior votação entre os vereadores eleitos, alcançando 2.010 votos (1,85% dos votos válidos). O edil é natural de Urussanga/SC e nasceu em 17/02/1956, tendo 60 anos de idade na data da eleição. Naquela ocasião, foi reeleito para o sexto mandato legislativo consecutivo. Estava filiado ao antigo PMDB. Referido vereador é analista de recursos humanos e possui ensino médio completo. Concentrou maior parte de sua votação nos colégios eleitorais situados na Grande Próspera, Região onde reside. Exerceu o mandato legislativo no decorrer de todo o quadriênio 2017/2020 (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O décimo segundo edil com melhor votação no pleito eleitoral de 2016 em Criciúma/SC foi **Aldinei João Potelecki**, eleito pelo antigo PRB (atual “Republicanos”), com 2.003 votos (1,84% dos votos válidos). O edil é natural do Município de Rio Negrinho/SC e nasceu em 15/09/1980. Portanto, contava com 35 anos na data da eleição, onde foi conduzido ao seu primeiro mandato legislativo. Referido vereador é pastor evangélico e possui ensino superior completo. Seus votos

vieram de todos os colégios eleitorais do Município, de forma bem distribuída. Exerceu o mandato legislativo durante toda a 18ª Legislatura (2017/2020) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

A segunda e última mulher eleita entre os 17 (dezessete) vereadores escolhidos foi **Geovana Benedet Zanette**, filiada ao PSDB, tendo obtido 1.978 votos (1,82% dos votos válidos), ocupando a décima terceira melhor colocação entre os edis eleitos e mais bem votados no Município. Natural de Criciúma/SC e nascida em 19/07/1972 (portanto, com 44 anos de idade na data em que foi eleita para o seu primeiro mandato legislativo), referida vereadora possui ensino superior completo e é professora da educação básica. Maior parte de sua votação ficou concentrada nos colégios eleitorais situados nos bairros da Região Central do Município e também no Bairro Quarta Linha. Zanette exerceu a vereança durante toda a 18ª Legislatura (2017/2020) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O décimo quarto vereador com maior votação entre os 17 eleitos foi **Jair Augusto Alexandre** (nome de urna: Pastor Jair Alexandre), com 1.976 votos (1,82% dos votos válidos). Referido vereador logrou êxito no pleito eleitoral sendo filiado ao PSC. Natural de Criciúma/SC, o edil possui ensino superior completo e é pastor evangélico. Nascido em 21/02/1965, contava com 51 anos de idade na data da eleição, quando conquistou seu primeiro mandato legislativo. Seus votos foram bem divididos em todos os colégios eleitorais do Município, cuja soma da votação lhe concedeu a única vaga para vereador conquistada pela Coligação PDT-PCdoB-PSC-PTB, na qual sua candidatura estava inclusa. Alexandre desempenhou a função legislativa durante todo o quadriênio 2017/2020 (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Com a décima quinta maior votação entre os eleitos, ficou **Zairo José Casagrande**. Filiado à época ao PSD, o edil obteve 1.962 votos (1,80% dos votos válidos), tendo sido eleito após sua aposentadoria. Durante grande parte de sua vida, exerceu a profissão de engenheiro eletricista. Possui mestrado e foi professor universitário durante muitos anos. Natural de Criciúma/SC, o vereador nasceu em 10/03/1960. Com efeito, tinha 56 anos de idade na data em que foi eleito. Seus votos foram espalhados por todos os colégios eleitorais do Município, não podendo dizer que possuiu uma “base eleitoral” significativa em determinada região ou bairro.

Casagrande exerceu o mandato legislativo ao longo dos quatro anos que compreenderam a 18ª Legislatura (2017/2020) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

A décima sexta maior votação entre os vereadores eleitos foi de **Ademir José Honorato**, filiado ao antigo PMDB, com 1.949 votos (1,79% dos votos válidos). Natural de Içara/SC, referido edil nasceu em 30/10/1966 (tinha, portanto, 49 anos de idade na data do pleito eleitoral). É empresário de profissão e possui ensino superior completo. Quase 2/3 (dois terços) da totalidade de sua votação ficaram concentrados no colégio eleitoral “Escola de Educação Básica João Dagostim”, situado no Bairro Quarta Linha. Honorato exerceu a vereança ao longo dos quatro anos da 18ª Legislatura (2017/2020) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Por fim, o décimo sétimo mais votado entre os eleitos foi **Moacir Dajori**, com 1.944 votos, tendo sido reconduzido ao seu segundo mandato legislativo, sempre filiado ao PSDB. Natural de Criciúma/SC, referido vereador é nascido em 25/08/1959. Com efeito, tinha 57 anos de idade na data do pleito eleitoral de 02 de outubro de 2016. É empresário de profissão e possui ensino médio completo. Maioria de sua votação ficou concentrada nos colégios eleitorais localizados na Região da Grande Próspera (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

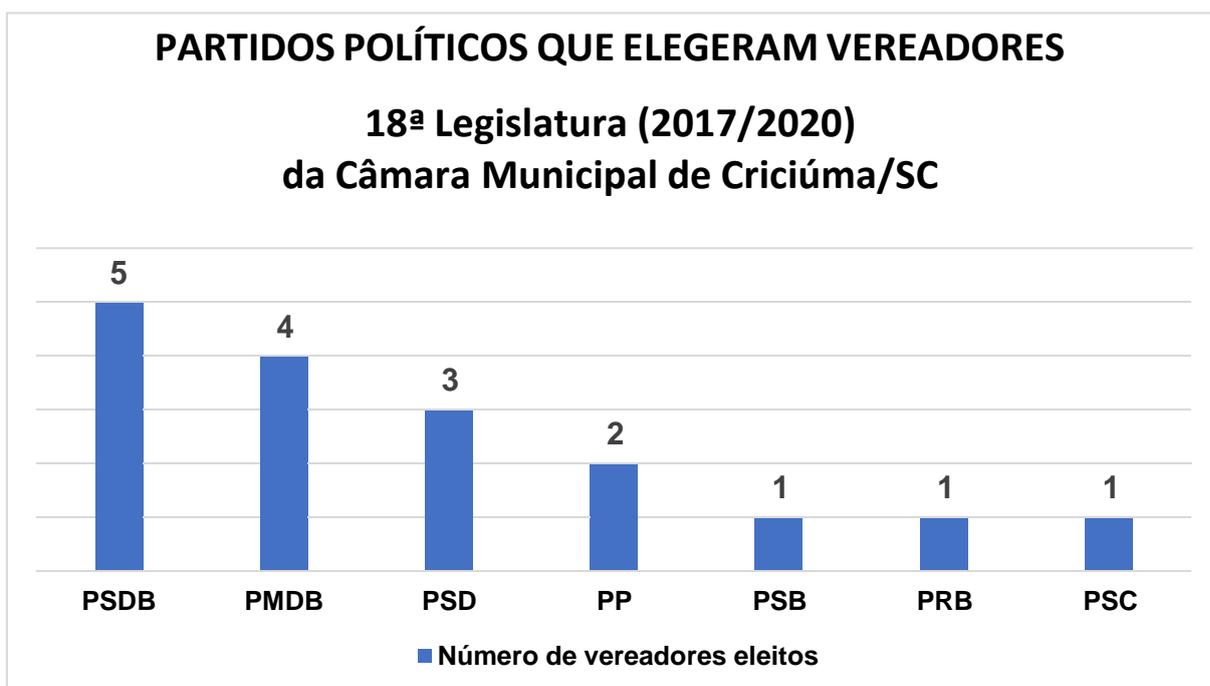
Ao longo da 18ª Legislatura, Dajori enfrentou problemas judiciais que lhe fizeram ficar afastado durante pouco mais de um ano do mandato legislativo. Todavia, no segundo semestre do ano de 2019, retornou ao Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC para dar continuidade ao exercício do segundo mandato no qual foi eleito, tendo permanecido em atividade até o último dia da referida Legislatura.

Caracterizados os 17 (dezessete) vereadores eleitos para a 18ª Legislatura (2017/2020) no Município de Criciúma/SC, constata-se, num olhar inicial, que somente duas vagas foram preenchidas por mulheres (vereadoras Camila do Nascimento e Geovana Benedet Zanette), significando 11,7% de representatividade feminina no Poder Legislativo no aludido período.

Sem dúvidas, um percentual considerado muito baixo, sendo imperioso que, cada vez mais, a participação da mulher no contexto político seja incentivada, principalmente através da ampliação de políticas públicas acerca do tema, além daquelas já existentes.

Entretanto, de modo geral, Criciúma/SC não se manteve tão abaixo da média nacional no que concerne às vereadoras eleitas nas Eleições Municipais de 2016. Em todo o Brasil, de um total de 57.814 edis eleitos, o *quantum* de 7.803 foram mulheres, o que representa o percentual de 13,5% de participação feminina nas Câmaras de Vereadores ao longo do quadriênio 2017/2020 (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2016).

Adiante, frisa-se que, no decorrer do quadriênio 2017/2020, alguns vereadores eleitos trocaram de sigla partidária (na popularmente chamada “janela partidária”). Todavia, inicialmente, o Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB foi o que mais elegeu vereadores (5 vagas); em segundo, o à época Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB (atual “Movimento Democrático Brasileiro – MDB”), que elegeu 4 edis; em terceiro, o Partido Social Democrático – PSD (tendo eleito 3 vereadores); o Partido Progressista – PP (atual “Progressistas”) ocupou a quarta posição, com dois vereadores eleitos; por fim, três partidos políticos elegeram somente um edil cada, quais sejam: Partido Socialista Brasileiro – PSB, Partido Republicano Brasileiro – PRB (atual “Republicanos”) e Partido Social Cristão – PSC (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016). Para facilitar a visualização, tem-se, abaixo, gráfico com o número de vereadores eleitos para a 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo de Criciúma/SC, com as respectivas siglas partidárias:



Fonte: gráfico elaborado pelo autor, com base nos dados extraídos dos sites oficiais do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

No que tange às orientações partidárias (bases ideológicas dos partidos políticos), grande maioria dos(as) vereadores(as) eleitos(as) para a 18ª Legislatura (2017/2020), na data das Eleições Municipais de 2016, estavam filiados a partidos de centro. Vejamos:

PARTIDO	ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA	NÚMERO DE VEREADORES ELEITOS
PSDB	Centro	5
PMDB (atual “MDB”)	Centro	4
PSD	Centro	3
PP (atual “Progressistas”)	Direita	2
PSB	Esquerda	1
PRB (atual “Republicanos”)	Direita	1
PSC	Direita	1

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos dos sites oficiais do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

Isto é, os partidos de centro (PSDB, PMDB e PSD) elegeram 12 (doze) dos 17 (dezessete) vereadores. Sem contar que o PP (atual “Progressistas”) é classificado como um partido de “centro-direita”. Todavia, neste trabalho, o antigo PP foi classificado como uma sigla partidária de direita. Com efeito, quatro vereadores foram eleitos por partidos de direita (PP, PRB e PSC) e somente um logrou êxito nas eleições estando filiado a um partido de esquerda (PSB).

Frisa-se, por oportuno, que siglas partidárias de esquerda como o Partido dos Trabalhadores – PT, Partido Democrático Trabalhista - PDT, Partido Comunista do Brasil - PC do B, Partido Verde - PV, Partido Socialismo e Liberdade - PSOL e Partido Comunista Brasileiro - PCB chegaram a lançar candidaturas a vereador nas Eleições Municipais de 02 de outubro de 2016 em Criciúma/SC. Entretanto, nenhum deles conseguiu eleger seus respectivos candidatos e candidatas ao Poder Legislativo Municipal (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2016).

O Partido dos Trabalhadores, por exemplo, contou com nominata própria de 10 (dez) candidatos a vereador, não estando coligado, à época, com nenhuma outra sigla partidária. Inclusive, um desses candidatos (Carlos De Cordes) alcançou a oitava melhor votação do Município, perfazendo o total de 2.073 votos (1,91% dos votos válidos). Mesmo com expressiva votação, não foi eleito, pois o PT, no total, não conseguiu obter votação suficiente para atingir uma legenda (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2016).

Pelos dados supracitados relacionados às Eleições Municipais de 2016, constata-se que o eleitorado do Município de Criciúma/SC tende a se identificar majoritariamente com partidos de centro ou direita. O grande número de vereadores eleitos por siglas partidárias de centro ou de direita, assim demonstrou.

No seguir, em que pese as profissões dos(as) vereadores(as) eleitos(as) já tenham sido mencionadas no momento das respectivas caracterizações, importante abordá-las novamente, agora através de uma tabela, como forma de facilitar a visualização:

VEREADOR(A) ELEITO(A)	PARTIDO	PROFISSÃO
Arleu Ronaldo da Silveira	PSDB	Bioquímico
Daniel Costa de Freitas	PP	Empresário
José Paulo Ferrarezi	PMDB	Autônomo
Júlio César Kaminski	PSDB	Advogado
Dailto Feuser	PSDB	Metalúrgico
João Batista Belloli	PMDB	Funcionário Público
Salésio Lima	PSD	Funcionário Público
Camila do Nascimento	PSD	Oceanógrafa
Júlio Cezar Colombo	PSB	Advogado
Valmir Dagostim	PP	Empresário
Antônio Manoel	PMDB	Analista de Recursos Humanos
Aldinei João Potelecki	PRB	Pastor Evangélico
Geovana Benedet Zanette	PSDB	Professora
Jair Augusto Alexandre	PSC	Pastor Evangélico
Zairo José Casagrande	PSD	Engenheiro Eletricista
Ademir José Honorato	PMDB	Empresário
Moacir Dajori	PSDB	Empresário

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos dos sites oficiais do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

Verifica-se, então, que quatro eram empresários; dois advogados; dois funcionários públicos; dois pastores evangélicos; um engenheiro eletricista; um bioquímico; um metalúrgico; um analista de recursos humanos; um autônomo; uma professora; e uma oceanógrafa.

Caracterizados os 17 (dezessete) vereadores eleitos (quinze homens e duas mulheres), abordar-se-á, a partir de agora, o perfil dos(as) suplentes que assumiram no decorrer do mandato legislativo. Frisa-se que, ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, 10 (dez) suplentes assumiram a função de vereador (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O mais votado entre os suplentes que exerceram a vereança ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) foi **Solange Barp**, com 1.843 votos (1,69% dos votos válidos). À época filiada ao PSD, Barp é administradora de empresas e obteve a primeira suplência da “coligação PSB/PSD” nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC. Exerceu o mandato pelo período de 90 (noventa) dias durante o ano de 2020, na vaga do à época vereador Júlio Cezar Colombo, licenciado sem remuneração para tratar de assuntos particulares (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O segundo suplente com maior votação que assumiu uma cadeira no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC durante o referido período foi **Ângela Cristina Pereira de Mello**. À época filiada ao Partido Progressista, obteve 1.814 votos (1,67% dos votos válidos), responsáveis por lhe colocar na primeira suplência da “coligação PP/PMDB”. Assumiu a função legislativa no segundo semestre do ano de 2018, em virtude da renúncia do vereador Daniel Costa de Freitas (à época filiado ao PP) que, dias antes, havia sido condenado à perda do mandato legislativo por infidelidade partidária. Mello permaneceu aproximadamente seis meses no exercício da vereança, quando também acabou perdendo seu mandato legislativo pelas mesmas razões de Freitas. Isto, pois, a vereadora havia se desfiliado do PP e assinado ficha no antigo PMDB fora do período que compreendia a chamada “janela partidária” (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O assistente social **Juarez de Jesus dos Santos** foi o terceiro suplente com maior votação a assumir uma vaga no Poder Legislativo de Criciúma/SC no decorrer da 18ª Legislatura. Filiado ao PSDB, alcançou 1.790 votos (1,65% dos votos válidos), tendo ficado na segunda suplência da “coligação PSB/PSD”. Exerceu a vereança pelo curto período de 30 (trinta) dias no ano de 2018, ocupando a vaga da vereadora Camila do Nascimento e em virtude do declínio da primeira suplente da coligação (Solange Barp) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O quarto suplente mais votado que tomou posse no referido período foi **Roseli Maria De Lucca Pizzolo**, quando da perda momentânea do mandato legislativo do vereador Moacir Dajori. Filiada ao PSDB, Pizzolo é professora e alcançou 1.709 votos (1,57% dos votos válidos) nas Eleições Municipais de 2016 em

Criciúma/SC, tendo ficado na primeira suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Todavia, solicitou licença não remunerada logo após a assinatura do termo de posse, vez que já ocupava cargo em comissão no Poder Executivo Municipal e optou por continuar desempenhando tal função no governo. Com efeito, não chegou a praticar qualquer ato na condição de vereadora (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Allison José Pires foi o quinto suplente com maior votação que assumiu uma vaga na Câmara de Vereadores de Criciúma/SC ao longo da 18ª Legislatura. Filiado ao PSDB, alcançou 1.666 votos (1,53% dos votos válidos) no pleito eleitoral de 2016, responsáveis por lhe colocar na segunda suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Médico de profissão, o edil assumiu o mandato desde o início da primeira sessão legislativa (ano de 2017), devido à licença do vereador Arleu Ronaldo da Silveira, que passou a exercer cargo em comissão no Poder Executivo Municipal. Pires permaneceu no exercício da vereança durante aproximadamente dois anos e meio, quando, em meados do ano de 2019, solicitou licença não remunerada da atividade legislativa e acabou não mais retornando, em virtude da volta do vereador efetivo Arleu ao exercício da função legislativa (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O sexto suplente com maior votação a assumir a função de vereador foi **Edson Luiz do Nascimento**. Funcionário público de profissão, o edil concorreu ao cargo legislativo estando filiado ao PP e obteve 1.452 votos (1,33% dos votos válidos), terminando na terceira suplência da “coligação PP/PMDB”. Acabou se efetivando na função após a perda do mandato legislativo por parte da então vereadora Ângela Cristina Pereira de Mello. Tendo em vista que a vaga pertencia ao Partido Progressista (pelo fato de que Daniel Costa de Freitas já havia renunciado no ano de 2018), Nascimento acabou tomando posse e exercendo o cargo de vereador efetivo pelo período de aproximadamente dois anos (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Marcos André Vieira Meller foi o sétimo suplente com maior votação a tomar posse como vereador na 18ª Legislatura (2017/2020) no Município de Criciúma/SC. Acadêmico de Direito à época, o edil concorreu estando filiado ao PSDB e obteve 1.334 votos (1,23% dos votos válidos), ocupando a terceira suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Meller assumiu por dois períodos distintos: pelo prazo de 60 (sessenta) dias no ano de 2017 e de agosto de 2018 a meados de maio de 2019

(nessa última oportunidade, em virtude da perda momentânea do mandato legislativo do vereador Moacir Dajori e pela escolha de Roseli Maria De Lucca Pizzolo em continuar exercendo o cargo comissionado no Poder Executivo Municipal) (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

O oitavo suplente com maior votação que tomou posse no quadriênio 2017/2020 foi **Edson Aurélio**. Filiado ao PSDB, obteve 1.264 (1,16% dos votos válidos) nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC. Diretor financeiro de profissão, o edil ficou na quarta suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Assumiu pelo período de aproximadamente cinco meses, após a solicitação de licença não remunerada para tratar de assuntos particulares efetuada pelo também suplente Marcos André Vieira Meller (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Com a nona melhor votação entre os suplentes que exerceram a função legislativa, tomou posse **Diego Nazário Goulart**, à época filiado ao Democratas – DEM. Com 873 votos (0,80% dos votos válidos) obtidos nas Eleições Municipais de 2016 em Criciúma/SC, o edil ficou na quinta suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Exerceu o mandato legislativo por dois períodos distintos: durante 60 (sessenta) dias no ano de 2018 e por mais 60 (sessenta) dias no ano de 2019 (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Por último, o décimo suplente com maior votação que exerceu o mandato legislativo no aludido período foi **Daniel Virtuoso Cipriano**. Filiado ao PSDB, alcançou 849 votos (0,78% dos votos válidos) no pleito eleitoral de 2016 em Criciúma/SC, tendo ficado na sexta suplência da “coligação PSDB/SD/DEM/PV”. Jornalista de profissão, Cipriano exerceu o mandato legislativo pelo curto período de 60 (sessenta) dias no ano de 2018, ocupando a vaga do vereador Júlio César Kaminski, licenciado sem remuneração para tratar de assuntos particulares (TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, 2016; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Caracterizados os(as) suplentes, foi visto que nenhum deles teve a oportunidade de exercer a vereança durante a integralidade da 18ª Legislatura (2017/2020). Todavia, nos períodos em que estiveram ativos, praticamente todos foram autores de proposições, com exceção da suplente Roseli Maria De Lucca

Pizzolo que, conforme anteriormente mencionado, tomou posse, mas não chegou a praticar qualquer ato na condição de vereadora, vez que já estava ocupando cargo em comissão no Poder Executivo Municipal e optou por dar continuidade ao trabalho desenvolvido no governo.

Da mesma forma que os(as) vereadores(as) eleitos(as), grande maioria dos(as) suplentes que assumiram a função de vereador no decorrer da 18ª Legislatura (2017/2020) eram filiados a partidos de centro. Vejamos:

PARTIDO	ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA	SUPLENTES QUE ASSUMIRAM
PSDB	Centro	5
PSD	Centro	2
PP (atual “Progressistas”)	Direita	2
DEM	Centro	1

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos dos sites oficiais do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

Constata-se, então, que dos 10 (dez) suplentes que assumiram no decorrer do mandato legislativo, oito eram filiados a partidos de centro (PSDB, PSD e DEM) e dois filiados ao Partido Progressista, de direita.

Outro ponto importante é que pelo menos oito dos dez suplentes integravam a chamada “base de governo”. Isto é, vinculados às mesmas siglas partidárias ou às mesmas legendas e/ou coligações nas quais foram eleitos, respectivamente, o Prefeito (Clésio Salvaro) e Vice-prefeito (Ricardo Fabris) de Criciúma/SC nas Eleições Municipais de 2016.¹¹

Em relação às profissões dos(as) suplentes, frisa-se que havia: uma administradora de empresas; um assistente social; uma professora; um médico; um funcionário público; um diretor financeiro; um jornalista; um acadêmico de direito; e dois sem profissões especificadas no site da Câmara Municipal de Criciúma/SC. Para facilitar a visualização, vejamos a tabela, abaixo:

¹¹ Ressalta-se que o vice-prefeito Ricardo Fabris concorreu ao cargo nas Eleições Municipais de 2016 estando filiado ao PSDB. Tomou posse também filiado à mesma sigla partidária. Todavia, durante a gestão municipal 2017/2020, solicitou sua desfiliação do PSDB, filiando-se, logo após, ao PSD.

VEREADOR(A) ELEITO(A)	PARTIDO	PROFISSÃO
Solange Barp	PSD	Administradora de Empresas
Ângela Cristina Pereira de Mello	PP	Profissão não especificada no site da Câmara Municipal de Criciúma/SC
Juarez de Jesus dos Santos	PSB	Assistente Social
Roseli Maria De Lucca Pizzolo	PSDB	Professora
Allison José Pires	PSDB	Médico
Edson Luiz do Nascimento	PP	Funcionário Público
Edson Aurélio	PSDB	Diretor Financeiro
Marcos André Vieira Meller	PSDB	Acadêmico de Direito
Diego Nazário Goulart	DEM	Profissão não especificada no site da Câmara Municipal de Criciúma/SC
Daniel Virtuoso Cipriano	PSDB	Jornalista

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos dos sites oficiais do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC e do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina.

Verifica-se, pelo acima exposto, que três mulheres assumiram vaga no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC na condição de suplentes. Solange Barp e Ângela Cristina Pereira de Mello, mesmo que por períodos curtos, apresentaram proposições. Roseli Maria De Lucca Pizzolo, por sua vez, somente tomou posse e imediatamente retornou ao cargo em comissão que à época exercia no Poder Executivo do Município de Criciúma/SC, não realizando qualquer ato na condição de vereadora (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

De todo modo, entende-se que a participação dessas mulheres, mesmo que na condição de suplentes, teve o condão de ampliar a representatividade feminina ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Caracterizados todos os 17 (dezesete) vereadores eleitos e os 10 (dez) suplentes que assumiram no decorrer da 18ª Legislatura (2017/2020) do Município de Criciúma/SC, o próximo tópico da pesquisa adentrará no estudo e análise das proposições apresentadas por todos esses edis, no geral e especificamente na área sanitária, analisando, ao final, os projetos de lei em matéria de saúde que mantiveram sincronia e observância ao preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito.

4.3 A PRODUÇÃO NORMATIVA EM SAÚDE DA 18ª LEGISLATURA (2017/2020) DO PODER LEGISLATIVO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC À LUZ DOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO ESTADO SOCIAL E DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Ressalta-se que este tópico ficará restrito à análise das seguintes proposições apresentadas pelos vereadores ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020): Projetos de Lei – PLs; Projetos de Lei Complementar - PLCs; Projetos de Resolução - PRs; Projetos de Decreto Legislativo – PDLs; emendas a Projetos do Executivo ou Legislativo; moções em geral (de aplausos, de apoio ou de repúdio); requerimentos e indicações. Projetos de iniciativa popular somente não serão objeto de estudo, eis que, ao longo de todo o quadriênio, não foi apresentado nenhuma proposição desta natureza. D'outro modo, não serão abordadas, por exemplo, participações em comissões permanentes ou temporárias e os respectivos pareceres (nos casos de relatorias de projetos), bem como eventuais participações em Comissões Parlamentares de Inquérito - CPIs e/ou quaisquer outras atuações legislativas desempenhadas pelos edis.

Necessário frisar, também, que quantidade não significa qualidade (não necessariamente, pelo menos). Com efeito, é plenamente possível que um agente político que tenha sido autor de somente algumas proposições, tenha conseguido impactar a sociedade criciumense de maneira muito mais significativa do que outro representante responsável pela autoria de inúmeras iniciativas.

Não menos importante, frisa-se que as informações relacionadas às proposições apresentadas serão oriundas, tão somente, do site oficial da Câmara Municipal de Criciúma/SC, eis que consiste na fonte mais completa e confiável para abordagem e coleta de dados referente aos assuntos tratados.

Grande parte das proposições apresentadas ao longo da 18ª Legislatura foram individuais. Isto é, de autoria de somente um vereador. Todavia, também foram constatadas diversas proposições coletivas, de autoria de dois ou mais edis. Com efeito, uma mesma proposição coletiva, por exemplo, entrará na contagem de iniciativas de cada um dos vereadores proponentes.

Inicialmente, apresentar-se-ão as estatísticas das proposições apresentadas somente pelos 17 (dezessete) vereadores eleitos (excluindo, portanto, os suplentes), dividindo-as por sessões legislativas (quatro sessões legislativas ao todo, uma para cada ano da 18ª Legislatura). Nesse sentido:

VEREADOR	18ª Legislatura (2017/2020)					
	PROPOSIÇÕES APRESENTADAS NO ANO DE 2017					
	PLs	PLCs e PRs	PDLs	Emendas	Moções	Requerimentos e Indicações
Arleu Ronaldo da Silveira	-	-	-	-	-	-
Daniel Costa de Freitas	6	0 e 0	1	0	3	20 e 30
José Paulo Ferrarezi	13	0 e 0	1	0	3	37 e 139
Júlio César Kaminski	14	0 e 1	1	0	6	61 e 119
Dailto Feuser	1	0 e 0	1	0	0	2 e 17
João Batista Belloli	6	0 e 0	1	0	5	20 e 40
Salésio Lima	25	0 e 0	1	1	5	24 e 43
Camila do Nascimento	8	0 e 0	1	0	1	4 e 16
Júlio Cezar Colombo	11	0 e 0	1	0	7	33 e 12
Valmir Dagostim	10	0 e 0	1	0	1	27 e 69
Antônio Manoel	1	0 e 0	1	0	0	7 e 30
Aldinei João Potelecki	17	0 e 0	1	0	2	34 e 78
Geovana Benedet Zanette	1	0 e 1	1	0	4	3 e 27
Jair Augusto Alexandre	3	0 e 0	1	0	2	10 e 25
Zairo José Casagrande	51	1 e 0	1	0	5	12 e 191
Ademir José Honorato	8	0 e 0	1	0	2	54 e 129
Moacir Dajori	11	0 e 0	1	0	0	21 e 47

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

VEREADOR	18ª Legislatura (2017/2020)					
	PROPOSIÇÕES APRESENTADAS NO ANO DE 2018					
	PLs	PLCs e PRs	PDLs	Emendas	Moções	Requerimentos e Indicações
Arleu Ronaldo da Silveira	-	-	-	-	-	-
Daniel Costa de Freitas	0	0 e 1	1	0	1	6 e 11
José Paulo Ferrarezi	12	0 e 0	1	0	2	19 e 147
Júlio César Kaminski	5	1 e 0	1	0	2	83 e 63
Dailto Feuser	9	0 e 0	1	3	0	12 e 8
João Batista Belloli	5	0 e 1	2	0	4	13 e 53
Salésio Lima	17	0 e 0	1	0	3	30 e 46
Camila do Nascimento	2	0 e 1	2	0	0	8 e 9
Júlio Cezar Colombo	17	0 e 23	1	2	8	6 e 0
Valmir Dagostim	4	0 e 0	1	0	1	16 e 99
Antônio Manoel	0	0 e 0	1	0	2	5 e 14
Aldinei João Potelecki	3	0 e 1	1	1	1	44 e 111
Geovana Benedet Zanette	2	0 e 0	1	0	1	2 e 6
Jair Augusto Alexandre	5	0 e 1	1	1	3	47 e 47
Zairo José Casagrande	25	2 e 1	1	0	4	36 e 148
Ademir José Honorato	6	1 e 1	2	0	5	74 e 136
Moacir Dajori	2	0 e 0	1	0	0	0 e 10

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

VEREADOR	18ª Legislatura (2017/2020)					
	PROPOSIÇÕES APRESENTADAS NO ANO DE 2019					
	PLs	PLCs e PRs	PDLs	Emendas	Moções	Requerimentos e Indicações
Arleu Ronaldo da Silveira	1	0 e 0	1	0	1	4 e 0
Daniel Costa de Freitas	-	-	-	-	-	-
José Paulo Ferrarezi	9	0 e 0	1	1	3	52 e 104
Júlio César Kaminski	11	0 e 1	1	2	6	62 e 62
Dailto Feuser	5	0 e 0	1	1	3	15 e 3
João Batista Belloli	4	0 e 0	1	0	3	24 e 43
Salésio Lima	15	0 e 0	1	0	2	50 e 75
Camila do Nascimento	3	1 e 0	1	2	1	3 e 17
Júlio Cezar Colombo	14	0 e 0	1	1	4	45 e 0
Valmir Dagostim	5	1 e 0	2	0	4	13 e 37
Antônio Manoel	0	0 e 0	1	0	3	7 e 69
Aldinei João Potelecki	6	0 e 2	1	1	0	27 e 145
Geovana Benedet Zanette	0	0 e 0	1	0	1	10 e 18
Jair Augusto Alexandre	3	0 e 0	1	1	1	56 e 39
Zairo José Casagrande	9	4 e 0	1	1	3	33 e 162
Ademir José Honorato	7	0 e 1	1	5	3	104 e 83
Moacir Dajori	12	0 e 0	1	1	2	3 e 24

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

VEREADOR	18ª Legislatura (2017/2020)					
	PROPOSIÇÕES APRESENTADAS NO ANO DE 2020					
	PLs	PLCs e PRs	PDLs	Emendas	Moções	Requerimentos e Indicações
Arleu Ronaldo da Silveira	3	0 e 0	0	4	4	23 e 0
Daniel Costa de Freitas	-	-	-	-	-	-
José Paulo Ferrarezi	9	0 e 6	1	1	6	57 e 119
Júlio César Kaminski	3	1 e 0	0	1	5	65 e 83
Dailto Feuser	1	0 e 0	0	1	5	14 e 1
João Batista Belloli	21	0 e 6	1	2	4	18 e 3
Salésio Lima	8	0 e 0	0	8	6	46 e 52
Camila do Nascimento	5	0 e 0	0	2	3	12 e 1
Júlio Cezar Colombo	9	0 e 0	0	3	2	22 e 1
Valmir Dagostim	1	0 e 0	0	2	3	14 e 10
Antônio Manoel	0	0 e 0	0	5	5	13 e 7
Aldinei João Potelecki	5	1 e 6	1	7	4	30 e 61
Geovana Benedet Zanette	2	0 e 0	0	2	4	16 e 13
Jair Augusto Alexandre	1	0 e 0	0	2	3	57 e 10
Zairo José Casagrande	28	5 e 0	0	2	5	38 e 114
Ademir José Honorato	7	0 e 0	0	4	5	113 e 56
Moacir Dajori	5	0 e 0	0	2	2	14 e 75

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Pelas tabelas acima, é possível verificar que todos os(as) vereadores(as) efetivos(as) da 18ª Legislatura do Município de Criciúma/SC, durante o período em que exerceram o mandato, foram autores(as) de proposições. Somente os vereadores

Arleu Ronaldo da Silveira e Daniel Costa de Freitas não apresentaram proposições, justamente nos anos em que não estavam no exercício da vereança.

Isto é, Silveira não foi autor de proposições nas sessões legislativas de 2017 e 2018 porque estava temporariamente licenciado para exercer cargo em comissão no Poder Executivo do Município de Criciúma/SC. Freitas, por sua vez, não foi autor de proposições nas sessões legislativas de 2019 e 2020, justamente por ter renunciado ao mandato legislativo no ano de 2018, conforme, inclusive, já ressaltado no tópico anterior.

Moacir Dajori, mesmo tendo permanecido considerável período afastado da atividade de vereador em virtude de decisão judicial (conforme também ressaltado no tópico anterior), não chegou a ficar ausente do exercício do mandato legislativo pela totalidade de uma sessão legislativa. Por este motivo, foi autor de proposições em todos os quatro anos da 18ª Legislatura (2017/2020).

Numa olhada superficial, é possível observar de forma clara que os requerimentos e indicações consistiram nas proposições disparadamente mais apresentadas pelos(as) vereadores(as) eleitos(as).

No seguir, os suplentes que assumiram a função de vereador no decorrer da 18ª Legislatura (2017/2020), conforme dados colhidos no site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, apresentaram:

SUPLENTE EM EXERCÍCIO	18ª Legislatura (2017/2020) PROPOSIÇÕES APRESENTADAS NO PERÍODO					
	PLs	PLCs e PRs	PDLs	Emendas	Moções	Requerimentos e Indicações
Solange Barp	3	0 e 0	0	2	2	6 e 0
Ângela Cristina Pereira de Mello	2	0 e 0	1	0	2	8 e 10
Juarez de Jesus dos Santos	2	0 e 0	1	0	2	8 e 28
Allison José Pires	8	0 e 0	3	1	7	25 e 28
Edson Luiz do Nascimento	18	0 e 6	2	4	10	151 e 75
Marcos André Vieira Meller	6	0 e 0	3	0	0	7 e 28
Edson Aurélio	9	0 e 0	0	0	0	3 e 14
Diego Nazário Goulart	8	0 e 0	2	0	4	3 e 1
Daniel Virtuoso Cipriano	3	0 e 0	1	0	0	1 e 10

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Ressalta-se que, na tabela acima, foram listados nove dos 10 (dez) suplentes que assumiram ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder

Legislativo do Município de Criciúma/SC. Isto, pois, conforme já ressaltado em mais de uma ocasião nesta pesquisa, a suplente Roseli Maria De Lucca Pizzolo chegou a tomar posse, mas não praticou qualquer ato na condição de vereadora (não foi autora de proposições, tampouco participou de qualquer sessão ordinária ou extraordinária, por exemplo). Sendo assim, prescindível se faz sua presença nas estatísticas relacionadas aos suplentes.

Tendo em vista que somente dois dos 10 (dez) suplentes exerceram o mandato legislativo por prazo superior a um ano (sendo, respectivamente, os vereadores Edson Luiz do Nascimento e Allison José Pires), optou-se, também, por apresentar as estatísticas acerca das proposições apresentadas pelos(as) suplentes em uma única tabela, diferentemente do que foi feito em relação aos(as) vereadores(as) eleitos(as).

D'outro lado, da mesma forma que aconteceu no caso dos(as) vereadores(as) eleitos(as), os(as) suplentes utilizaram, majoritariamente, requerimentos e indicações no exercício do mandato legislativo.

Apresentadas as estatísticas referentes às proposições de autoria de cada um dos 26 (vinte e seis) vereadores que exerceram o mandato legislativo (no todo ou em parte) da 18ª Legislatura (2017/2020) no Município de Criciúma/SC, necessário, agora, expor, através do quadro abaixo, o número de proposições em geral que foram apresentadas pelos edis (efetivos e suplentes que assumiram) ao longo do referido quadriênio:

PROPOSIÇÕES	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Projetos de Lei	194	131	123	107	555
PLCs	2	4	5	7	18
PRs	4	34	6	6	50
PDLs	23	25	26	1	75
Emendas ou substitutivos	0	2	44	30	76
Moções	53	49	49	19	170
Requerimentos	392	423	602	482	1.899
Indicações	1032	985	978	619	3.614

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Das estatísticas acima expostas, frisa-se que os Projetos de Decreto Legislativo – PDLs consistiram, quase na integralidade, em títulos honoríficos de

cidadania honorária ou benemérita e diplomas de mérito a pessoas ou entidades. Cada edil teve o direito de conceder, individualmente, um desses títulos ou diplomas por ano. De igual modo, a mesa diretora e cada uma das comissões permanentes do Poder Legislativo Municipal pôde também prestar anualmente uma dessas homenagens. Frisa-se que, em 2020, por conta da pandemia do coronavírus, não houve solenidade para entrega de tais honrarias. Com efeito, o único PDL apresentado na referida sessão legislativa teve o intuito de aprovar as contas anuais do Município de Criciúma/SC referentes ao exercício de 2018 (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Em relação às 170 (cento e setenta) moções apresentadas ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), estas consistiram, majoritariamente, em homenagens, incentivos ou apoio a pessoas ou instituições (moções de aplausos e de apoio). Todavia, também foram aprovadas algumas moções de repúdio (moções nº 41/2019, nº 5/2020, nº 11/2020 e nº 18/2020), com intuito reprovativo em relação a determinadas condutas também praticadas por pessoas físicas ou jurídicas (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Os Projetos de Lei Complementar – PLCs (total de 18) que tramitaram no Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC durante a 18ª Legislatura (2017/2020), naturalmente, versaram sobre temáticas nas quais se exige diploma normativo de tal hierarquia, mas, principalmente, sobre matéria tributária. Nesse sentido, ressalta-se que o vereador Zairo José Casagrande foi autor de 2/3 (dois terços) dos PLCs apresentados no período, quase todos propondo alterações à Lei Complementar nº 287, de 27 de setembro de 2018 (Código Tributário do Município de Criciúma/SC) (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

No que concerne aos Projetos de Resolução – PRs apresentados ao longo do mesmo período, frisa-se que grande maioria objetivou promover alterações no Regimento Interno da Câmara Municipal de Criciúma/SC (Resolução nº 11/2014). Isto é, mudanças com intuito exclusivo de organizar o funcionamento interno do Poder Legislativo Municipal (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

Já as emendas ou substitutivos globais (76 no total) se voltaram, majoritariamente, a alterações propostas pelos vereadores em detrimento de redações originais de projetos de leis ordinárias ou complementares de autoria do Chefe do Poder Executivo Municipal. Versaram sobre os mais diversos temas. Giza-se que tais proposições encontram previsão legal nos artigos 123, VI e 151 a 156 da

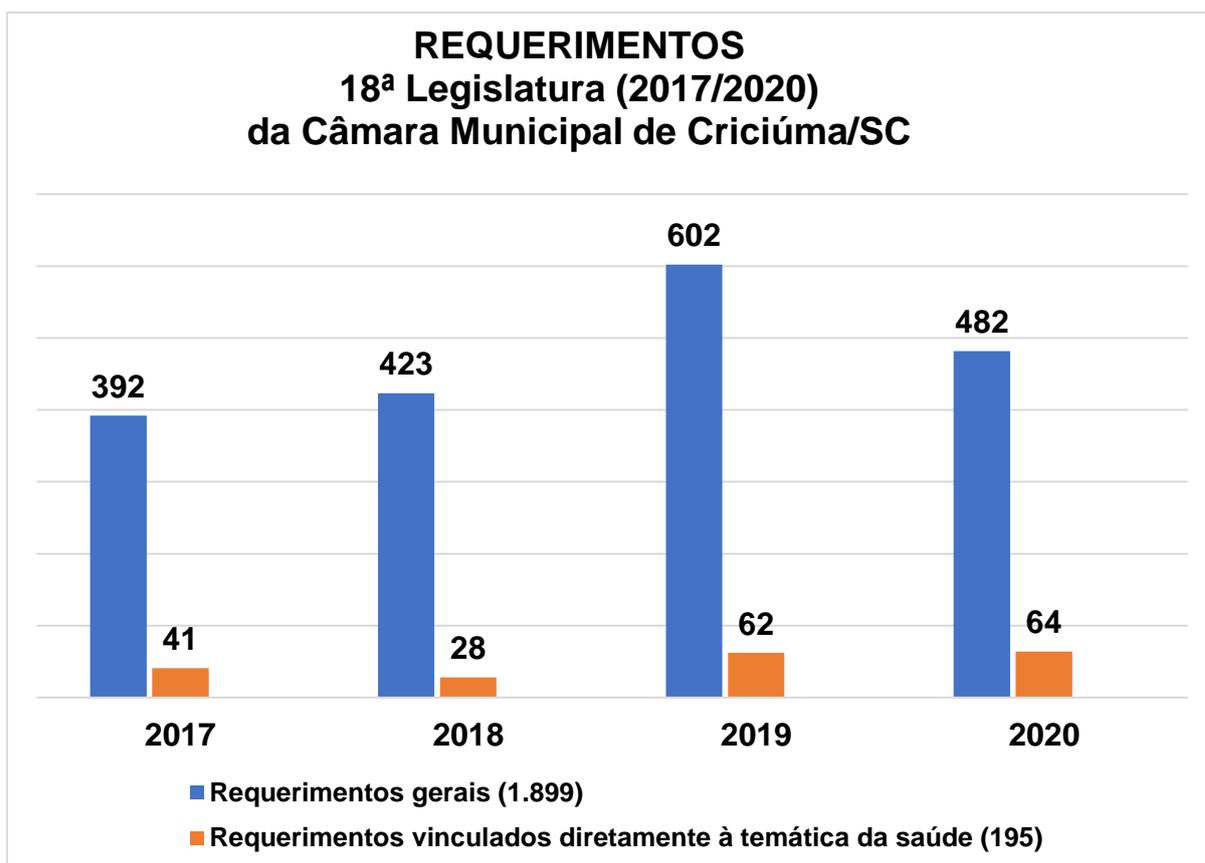
Resolução nº 11/2014 (Regimento Interno da Câmara Municipal de Criciúma/SC) (CRICIÚMA, 2014; CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

As indicações se encontram previstas nos artigos 123, I e 129 a 131, da Resolução nº 11/2014 (Regimento Interno da Câmara Municipal de Criciúma/SC). Possuem caráter meramente sugestivo. Isto é, não obrigam que o Poder Executivo Municipal ou pessoas jurídicas da administração pública indireta atendam ao que nelas foi mencionado. Como visto, ao longo do quadriênio 2017/2020, foram 3.614 indicações, propostas por praticamente todos os vereadores, abordando os mais diversos assuntos e sugerindo melhorias pontuais em todas as regiões do Município (CRICIÚMA, 2014).

Propositadamente, os requerimentos e projetos de lei – PLs foram deixados por último para abordagem neste ensaio, eis que foram os principais instrumentos democráticos que os vereadores utilizaram para exercer as funções típicas do Poder Legislativo, que são, respectivamente, fiscalizar e legislar. Através deles, mas, em especial, dos projetos de lei, que esta pesquisa analisará se a produção legislativa em saúde dos edis do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC manteve ou não sincronia, respeito e observância ao preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito.

Inicialmente, serão abordadas estatísticas relacionadas aos 1.899 requerimentos apresentados ao longo da 18ª Legislatura, especificando quantos deles, ano a ano, tiveram direta vinculação com temas sanitários. Por fim, abordar-se-ão os projetos de lei apresentados no mesmo período. Ao todo, foram 555. Todavia, só uma pequena minoria envolveu diretamente assuntos de direito à saúde.

Em relação aos requerimentos, o gráfico abaixo registra em azul a totalidade dessas proposições apresentadas pelos edis no decorrer da 18ª Legislatura (2017/2020) no Município de Criciúma/SC, dividindo-os em anos (sessões legislativas). Já a cor vermelha representa somente os requerimentos que tiveram direta vinculação com a temática de saúde:



Fonte: gráfico elaborado pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Convertendo os números acima citados para pontos percentuais, tem-se que, no ano de 2017, 10,46% dos requerimentos protocolados pelos vereadores envolveram diretamente a temática da saúde. No ano de 2018, esse percentual foi reduzido drasticamente para 6,62%. Já em 2019, houve aumento para 10,3%. Por fim, o ano de 2020, proporcionalmente, registrou a maior atuação entre as quatro sessões legislativas no que concerne o direito social fundamental a saúde, representando o *quantum* de 13,28% (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2020).

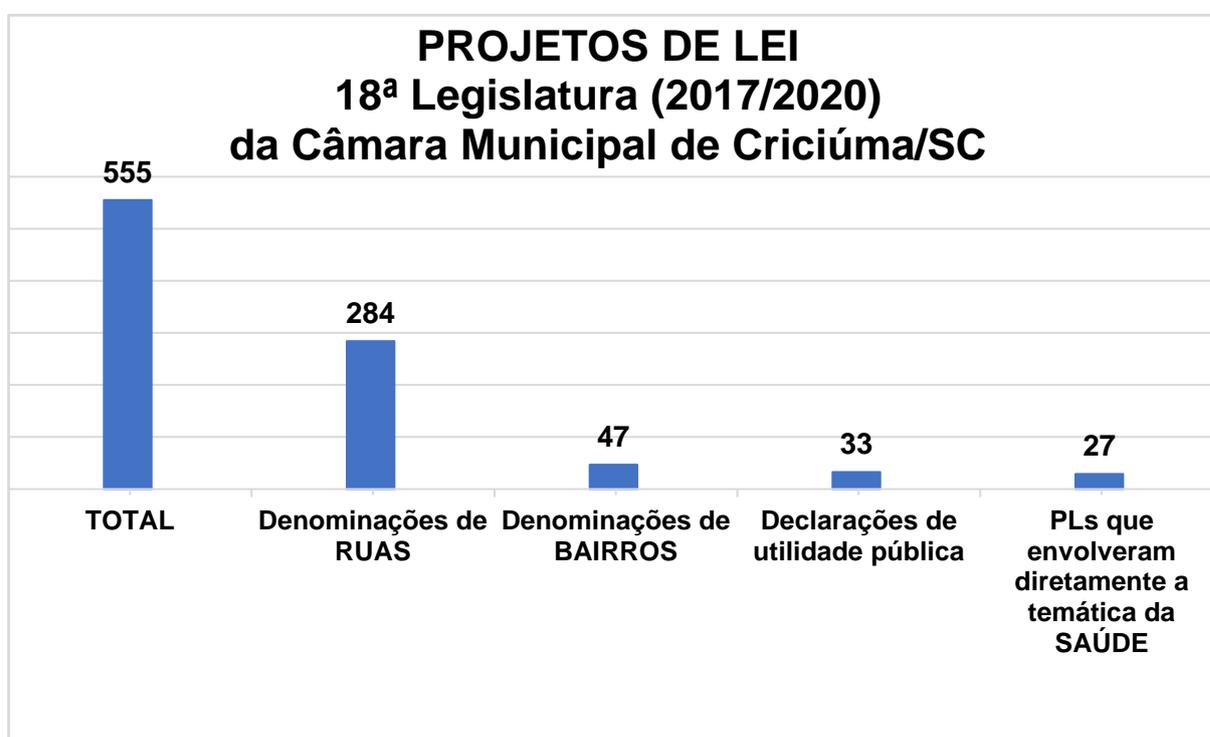
Nos anos de 2017, 2018 e 2019, foi possível observar que os assuntos mais questionados pelos vereadores que envolveram diretamente a temática da saúde abordaram: contratações de profissionais de saúde (principalmente médicos) para as Unidades Básicas de Saúde do Município; reformas e melhorias em geral das Unidades Básicas de Saúde do Município; e cobranças visando a resolução e/ou, pelo menos, diminuição das “filas de espera” no Sistema Único de Saúde, para atendimentos da população necessitada de procedimentos de saúde em geral (principalmente consultas, exames e cirurgias de média e alta complexidade)

(CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2017 a 2019). Lembrando, sem dúvidas, que os serviços sanitários de média e alta complexidade não são de responsabilidade financeira direta dos municípios.

Já no ano de 2020, a temática sanitária mais recorrente envolveu a pandemia do coronavírus, com os edis solicitando, principalmente ao Poder Executivo Municipal, informações referentes a: recursos financeiros para combate à pandemia; aquisição de testes rápidos; medicamentos disponibilizados pelo Município; leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI; e saúde mental dos profissionais da saúde que estavam atuando na “linha de frente” de combate à Covid-19 (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA, 2020).

Restou evidenciado que a pandemia do coronavírus foi, sem dúvidas, o motivo preponderante para que houvesse o aumento da atuação fiscalizatória dos vereadores no ano de 2020, momento em que foram solicitadas ao Poder Executivo diversas informações para acompanhamento da gestão de enfrentamento ao vírus.

Em relação aos projetos de lei, foram apresentados 555 (quinhentos e cinquenta e cinco) ao longo do quadriênio que envolveu a 18ª Legislatura (2017/2020). A temática da saúde ocupou a quarta posição entre as áreas mais abordadas pelos edis, com 27 (vinte e sete) PLs apresentados. Nesse sentido, vejamos o gráfico:



Fonte: gráfico elaborado pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Depois da saúde, as temáticas mais abordadas por meio dos projetos de lei foram: direito social fundamental à educação, com 18 PLs apresentados; direito do consumidor, também com 18 PLs e inclusão das pessoas com deficiência, totalizando 14 PLs protocolados ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020). Os demais projetos de lei envolveram assuntos bem variados (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2020).

Como visto, mais da metade (especificamente 51,17%) dos projetos de lei apresentados pelos vereadores objetivaram de denominar ruas. O que também não deve, necessariamente, ser objeto de críticas. Proposições que objetivam denominar ruas ou logradouros também se encontram entre as atribuições dos agentes políticos, sendo essencial para os cidadãos, bem como para o correto funcionamento dos municípios em geral. Nessa toada, o Poder Legislativo do Município de Porto Alegre/SC publicou um artigo dispondo que

Projetos de lei que propõem conceder nome a uma rua ou logradouro, frequentemente, são criticados por este ser considerado um assunto irrelevante ou uma atividade menor dos vereadores nos Legislativos municipais. Mas a falta do nome oficial para uma rua pode criar muitas dificuldades para todas as pessoas que nela residem. Fica mais difícil para alguém explicar corretamente onde mora, se a pessoa reside numa rua sem nome, gerando problemas inclusive para o recebimento de correspondências, encomendas e cobranças. O nome de uma rua é muito importante e faz parte do chamado endereço, juntamente com o bairro, o CEP, o número do imóvel e a cidade (PORTO ALEGRE/RS, 2020).

Sendo assim, fica evidenciado que os projetos de lei que denominam ruas ou logradouros também são necessários. O que não deve acontecer é os vereadores se limitarem, tão somente, a apresentar proposições que envolvam essa temática.

Também foi visto anteriormente que somente 27 (vinte e sete) dos 555 (quinhentos e cinquenta e cinco) projetos de lei apresentados envolveram diretamente o direito à saúde (correspondendo a 4,87% do total). Destes, 19 (dezenove) seguiram regular tramitação até serem convertidos em leis municipais. Já os 8 (oito) restantes foram retirados de tramitação pelo(s) autor(es) ou vetados na integralidade pelo Prefeito Municipal, com veto posteriormente mantido pelos edis (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2020).

Inicialmente, constam na tabela abaixo os 8 (oito) projetos de lei que envolveram a temática da saúde e que, ao final, não foram convertidos em leis municipais:

Projeto de Lei	Autor(es) Vereador(es)	Ementa
nº 4/2017 (Retirado de tramitação pelo autor)	Salésio Lima	Determina que as consultas e exames para pessoas com mais de 60 (sessenta) anos sejam marcadas, no máximo, em 10 (dez) dias, no âmbito da rede pública municipal de saúde.
nº 47/2018 (Retirado de tramitação pelo autor)	Dailto Feuser	Dispõe sobre a coleta de material para exames, em domicílio ou nas unidades de saúde mais próximas, pelos laboratórios de análises clínicas conveniados com o município de Criciúma e dá outras providências.
nº 61/2018 (Retirado de tramitação pelo autor)	Jair Augusto Alexandre	Cria o cartão de vacinação digital.
nº 72/2018 (Retirado de tramitação pelo autor)	Ademir José Honorato	Dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação da caderneta de vacinação, no ato da matrícula escolar, nas redes pública e privada de ensino.
nº 31/2019 (Vetado pelo Prefeito e veto mantido pelos vereadores)	Zairo José Casagrande	Torna obrigatória nos hospitais e maternidades do Município de Criciúma, da rede pública e particular, a realização de treinamento específico com as mães, para salvamento em casos de engasgo, em todas as crianças nascidas em suas dependências e dá outras providências.
nº 47/2019 (Retirado de tramitação pelo autor)	Valmir Dagostim	Dispõe sobre o programa de serviço de fisioterapia domiciliar assistida por unidade móvel devidamente equiparada.
nº 96/2019 (Vetado pelo Prefeito e veto mantido pelos vereadores)	José Paulo Ferrarezi	Determina aos estabelecimentos de saúde públicos e/ou privados, que prestem serviços de parto, a realização de registro à Secretaria Municipal de Saúde e à Unidade de Saúde competente, do nascimento do recém-nascido com suspeita/diagnóstico de deficiência ou doença rara e dá outras providências.
nº 22/2020 (Vetado pelo Prefeito e veto mantido pelos vereadores)	José Paulo Ferrarezi	Institui a Política de Proteção aos Direitos da Pessoa com Câncer no município de Criciúma.

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Pela tabela acima, constata-se que três foram os projetos de lei em matéria de saúde integralmente vetados pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, tendo os vetos sido posteriormente mantidos pelos vereadores. Oportuno ressaltar que, em todas as oportunidades, os pareceres jurídicos elaborados pela Procuradoria Geral do Município alegaram usurpação de competência, afirmando que o Poder Legislativo adentrou em temáticas cuja iniciativa é reservada ao Chefe do Poder Executivo (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2020).

Foi destacado pela Procuradoria Geral do Município que o art. 61, § 1º, CRFB/1988, estabelece expressamente o rol de iniciativas privativas do Chefe do Poder Executivo Federal, e que tal regramento deve ser obrigatoriamente observado por todos os entes federativos, em virtude do princípio da simetria federativa ou paralelismo constitucional. A não observância do aludido dispositivo constitucional por parte do Poder Legislativo acarreta vício de iniciativa. Com efeito, a conclusão do veto foi pela ilegalidade e inconstitucionalidade da proposição por vício de iniciativa, tendo violado o princípio constitucional da separação, independência e harmonia dos poderes (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2020).

Portanto, evidencia-se que referidos projetos de lei só poderiam ter seguido regular tramitação (sendo, ao final, convertidos em leis municipais) se tivessem sido apresentados pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, eis que, nesse caso, não haveria qualquer usurpação de competência. Com efeito, em que pese louváveis as iniciativas dos vereadores proponentes, estas não conseguiram prosperar em virtude do preconizado pela CRFB/1988, especificamente no que tange às iniciativas reservadas ao Poder Executivo.

D'outro lado, abaixo constam os 19 (dezenove) projetos de lei que envolveram a temática da saúde e, após regular tramitação, foram convertidos em leis ordinárias municipais:

Projeto de Lei	Autor(es) Vereador(es)	Ementa
nº 40/2017 (Convertido na Lei nº 6.917/2017)	Júlio César Kaminski	Institui o Programa Municipal "Adote a Saúde"
nº 52/2017 (Convertido na Lei nº 7.034/2017)	Aldinei João Potelecki	Determina a vacinação domiciliar das pessoas com deficiência motora, multideficiência, doenças incapacitantes, doenças degenerativas e idosos com dificuldade de locomoção.
nº 72/2017 (Convertido na Lei nº 7.068/2017)	Allison José Pires	Obriga a disponibilização de álcool gel 70% para higiene das mãos nos estabelecimentos públicos e privados acessíveis ao público.
nº 119/2017 (Convertido na Lei nº 7.102/2017)	Valmir Dagostim	Obriga os hospitais públicos e particulares localizados no Município a comunicar formalmente por escrito a Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso e a Secretaria Social de Criciúma quando do atendimento, em suas unidades de pronto atendimento, de pessoas idosas vítimas de maus-tratos.

nº 124/2017 (Convertido na Lei nº 7.077/2017)	Salésio Lima	Dispõe sobre a divulgação dos direitos da pessoa com Neoplasia Maligna (Câncer).
nº 125/2017 (Convertido na Lei nº 7.103/2017)	Júlio César Kaminski	Cria o “Programa de Apoio à Pessoa com Diabetes e ou Doença Celíaca, no município de Criciúma/SC.
nº 175/2017 (Convertido na Lei nº 7.170/2018)	Júlio César Kaminski	Dispõe sobre o agendamento telefônico de consultas para pacientes com deficiência ou mobilidade reduzida, idosos, gestantes e lactantes nas Unidades de Saúde do município de Criciúma/SC.
nº 10/2018 (Convertido na Lei nº 7.226/2018)	Allison José Pires	Inclui a Semana Municipal de Valorização e Prevenção ao Suicídio no Calendário Oficial do Município de Eventos e Datas Comemorativas.
nº 13/2018 (Convertido na Lei nº 7.197/2018)	Salésio Lima	Dispõe sobre a divulgação do direito de reconstrução da mama nos casos de mutilação de tratamento de câncer.
nº 16/2018 (Convertido na Lei nº 7.271/2018)	Salésio Lima	Dispõe sobre o direito de toda mulher, atendida na rede pública municipal de saúde, à investigação, ao exame genético que detecta trombofilia e ao respectivo tratamento e dá outras providências.
nº 21/2018 (Convertido na Lei nº 7.210/2018)	João Batista Belloli	Dispõe sobre a obrigatoriedade de estabelecimentos que comercializam produtos fumígenos derivados do tabaco a informarem sobre a disponibilidade de tratamento gratuito para dependentes pelo Sistema Único de Saúde – SUS.
nº 27/2018 (Convertido na Lei nº 7.279/2018)	Valmir Dagostim	Institui o Título “Amigo da Vida” a ser concedido à família ou responsável do doador de órgãos.
nº 37/2018 (Convertido na Lei nº 7.283/2018)	Juarez de Jesus dos Santos	Dispõe sobre a afixação de placas informativas sobre o auxílio preventivo ao suicídio pela Rede de Proteção à Vida.
nº 67/2018 (Convertido na Lei nº 7.343/2018)	Júlio César Kaminski	Dispõe sobre a divulgação, pela rede pública municipal de saúde, dos serviços e profissionais especializados disponíveis para atendimento nas unidades básicas de saúde.
nº 69/2018 (Convertido na Lei nº 7.371/2018)	Ademir José Honorato	Institui o Programa de Saúde Bucal para Pessoas Com Deficiência.
nº 70/2018 (Convertido na Lei nº 7.338/2018)	Dailto Feuser	Institui o “Banco Municipal de Materiais Ortopédicos”.
nº 104/2018 (Convertido na Lei nº 7.374/2018)	Ademir José Honorato e Marcos André Vieira Meller	Dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação de atestado de vacinação, no ato da matrícula ou rematrícula escolar, nas redes pública e privada de ensino.
nº 13/2019 (Convertido na Lei nº 7.440/2019)	Dailto Feuser	Torna obrigatório treinamento presencial em primeiros socorros para condutores e monitores que atuam no transporte escolar.

<p>nº 87/2019 (Convertido na Lei nº 7.669/2019)</p>	<p>Ademir José Honorato</p>	<p>Dispõe sobre a divulgação da lista de medicamentos disponíveis e em falta na Rede de Saúde e dá outras providências.</p>
--	-----------------------------	---

Fonte: tabela elaborada pelo autor, com base nos dados extraídos do site oficial do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Inicialmente, imperioso é ressaltar que, das 19 (dezenove) leis ordinárias municipais supracitadas, cinco delas, pouco tempo após serem promulgadas e publicadas no Diário Oficial Eletrônico - DOE do Município de Criciúma/SC, foram declaradas inconstitucionais pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina – TJSC, todas por vício de iniciativa e com efeitos *ex tunc* (isto é, a contar da publicação). Estas, consistiram nas Leis nº 7.034/2017 (inconstitucionalidade formal declarada por meio da ADI nº 4007346-61.2018.8.24.0000); nº 7.068/2017 (inconstitucionalidade formal declarada por meio da ADI nº 4000213-65.2018.8.24.0000); nº 7.170/2018 (inconstitucionalidade formal declarada por meio da ADI nº 4005141-59.2018.8.24.0000); nº 7.271/2018 (inconstitucionalidade formal declarada por meio da ADI nº 4021168-20.2018.8.24.0000); e nº 7.338/2018 (inconstitucionalidade formal declarada por meio da ADI nº 40322445-26.2018.8.24.0000) (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA, 2018 e 2019).

Das cinco leis ordinárias municipais declaradas inconstitucionais pelo TJSC, destacam-se, em especial, duas, sendo: Lei nº 7.034/2017 (oriunda do PL nº 52/2017, de autoria do vereador Aldinei João Potelecki) e Lei nº 7.170/2018 (oriunda do PL nº 175/2017, de autoria do vereador Júlio César Kaminski). A primeira objetivava proporcionar o direito à vacinação domiciliar a todos os habitantes do Município de Criciúma/SC com deficiência motora, multideficiência, doenças incapacitantes, doenças degenerativas e idosos com dificuldades de locomoção. A segunda, por sua vez, pretendia proporcionar a todas as pessoas com deficiência ou mobilizada reduzida, idosos, gestantes e lactantes residentes em Criciúma/SC a possibilidade de agendar por telefone as consultas com médicos nas Unidades Básicas de Saúde do Município. Em síntese, assim dispuseram as ementas dos referidos diplomas normativos (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2018).

Entende-se que, nos dois diplomas supramencionados, as intenções dos legisladores foram excelentes. Afinal, objetivavam proporcionar mecanismos que possibilitassem a efetivação da igualdade material a pessoas que,

pelos motivos descritos nas leis (idosos com mobilizada reduzida, pessoas com deficiência, doenças incapacitantes ou degenerativas, gestantes, lactantes, entre outros.), não se encontravam em igualdades de condições com as demais pessoas no convívio em sociedade.

Tal realidade, sem dúvidas, vai de encontro ao preconizado pelo Estado Social e Democrático de Direito, que, segundo Vieira (2014, p. 187), zela pela promoção da dignidade da pessoa humana e pela efetivação da igualdade não somente no aspecto formal, mas, também, em seu sentido material. Deve o Estado Social e Democrático de Direito criar mecanismos que garantam o mais amplo acesso da população aos direitos sociais fundamentais.

Ademais, referidas leis também mantiveram total sincronia com o princípio/diretriz da universalidade. Isto, pois, a universalidade é sinônimo de inclusão social. O Sistema Único de Saúde, criado pela CRFB/1988, superou o modelo excludente em relação ao acesso da população às ações e serviços públicos de saúde que anteriormente vigorava. Portanto, todas as medidas adotadas pelo Poder Público devem caminhar no sentido de proporcionar que o SUS consiga atender ao maior contingente populacional possível (NORONHA; PEREIRA, 2013, p. 6).

De igual modo, os diplomas normativos em debate também possuem frontal vinculação com o princípio/diretriz da equidade. Conforme já aduzido no segundo capítulo, Carvalho (2013, p. 14) entende que “pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal)”.

Nesse ponto, é evidente que pessoas idosas em geral (principalmente aquelas com dificuldades de locomoção), pessoas com deficiência motora, multideficiência, doenças incapacitantes, doenças degenerativas, gestantes e lactantes, pelo menos, tendem a necessitar de “um olhar mais atento e cuidadoso” por parte do Estado. Portanto, o princípio/diretriz da equidade restou materializado por meio dos aludidos diplomas normativos.

É fato que o Tribunal de Justiça de Santa Catarina reconheceu a inconstitucionalidade das duas leis supracitadas por vício de iniciativa. Isto é, as boas intenções, por óbvio, não possuem o condão de se sobrepor ao preconizado nas leis (no caso em comento, na CRFB/1988). Nessa perspectiva, o caminho mais adequado seria que o próprio Chefe do Poder Executivo Municipal propusesse tais iniciativas. Nesse caso, não haveria qualquer usurpação de competência a ser levantada. Afinal,

são iniciativas importantes, que teriam o condão de fortalecer a política pública do SUS, especificamente no que tange à parcela da população mais vulnerável, temporária ou permanentemente.

Excetuando as cinco leis declaradas inconstitucionais, frisa-se que todos os outros 14 (quatorze) diplomas normativos continuam em vigor, eis que não foram alvo de qualquer questionamento acerca da inconstitucionalidade perante o Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

Dessas 14 (quatorze) leis ordinárias municipais que permanecem vigentes, seis tiveram intuito exclusivamente informativo, quais sejam: Lei nº 7.077/2017 (oriunda do PL nº 124/2017, de autoria do vereador Salésio Lima, que assegurava a divulgação dos direitos das pessoas com câncer); Lei nº 7.197/2018 (oriunda do PL nº 13/2018, também de autoria do vereador Salésio Lima, que estabeleceu ao Poder Público o dever de divulgar o direito de reconstrução da mama nos casos de mutilação de tratamento de câncer); Lei nº 7.210/2018 (oriunda do PL nº 21/2018, de autoria do vereador João Batista Belloli, que versou sobre a obrigatoriedade de os estabelecimentos que comercializassem produtos fumígenos derivados do tabaco informarem expressamente a existência de tratamento disponibilizado pelo SUS a dependentes); Lei nº 7.283/2018 (oriunda do PL nº 37/2018, de autoria do vereador Juarez de Jesus dos Santos, que dispôs sobre a afixação de placas informativas sobre o auxílio preventivo ao suicídio pela Rede de Proteção à Vida); Lei nº 7.343/2018 (oriunda do PL nº 67/2018, de autoria do vereador Júlio César Kaminski, que dispôs sobre a divulgação, pela rede pública municipal de saúde, dos serviços e profissionais especializados disponíveis para atendimento nas unidades básicas de saúde); e, por fim, Lei nº 7.669/2019 (oriunda do PL nº 87/2019, de autoria do vereador Ademir José Honorato, que dispôs sobre a divulgação da lista de medicamentos disponíveis e em falta na Rede de Saúde do Município de Criciúma/SC) (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 a 2019).

Percebe-se que as seis leis ordinárias municipais supracitadas tiveram como principal objetivo promover o acesso à informação por meio da divulgação dos direitos vinculados à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Criciúma/SC.

As Leis nº 7.077/2017 e nº 7.197/2018 objetivaram exclusivamente promover a divulgação dos direitos das pessoas com câncer. Já os diplomas normativos nº 7.210/2018 e nº 7.283/2018 direcionavam o foco, respectivamente, à

existência de tratamento adequado aos usuários do SUS dependentes de substâncias químicas oriundas de produtos fumígenos e com probabilidade do cometimento de suicídio. Com efeito, resta evidente que referidas leis foram elaboradas com intuito de atender diretamente setores específicos da sociedade. Todavia, de forma indireta, também acabam beneficiando a população como um todo na área da saúde.

Por outro lado, as Leis nº 7.343/2018 e nº 7.669/2019 foram editadas com intuito de atender diretamente a população como um todo, ao dispor, respectivamente, sobre os serviços de saúde, profissionais especializados e medicamentos disponíveis na rede pública de saúde do Município de Criciúma/SC.

De todo modo, todas as leis ordinárias de caráter informativo caminharam no sentido da efetivação, principalmente, dos princípios/diretrizes da universalidade e da integralidade.

Isto, pois, para que a universalidade seja ao máximo efetivada, necessário se faz o estreitamento do contato entre os gestores e trabalhadores da área da saúde e os usuários do sistema. A informação sobre as ações e serviços sanitários colocados à disposição da população pelo SUS precisa chegar “na ponta”, onde se encontram as pessoas que poderão ser beneficiadas. Para tanto, a utilização da tecnologia midiática consiste numa forte ferramenta para propagação da informação (TEIXEIRA, 2011, p. 4). Em sentido idêntico, Schmidt (2018, pp. 131-132) também faz alusão à tamanha importância dos canais de comunicação (e da mídia em geral) na divulgação das políticas públicas, ações, programas ou serviços de saúde em geral postos à disposição da população por meio do Sistema Único de Saúde.

A integralidade, por sua vez, também foi contemplada por meio dos referidos diplomas normativos. Segundo Weichert (2004, p. 170), o SUS deve estar presente na vida de todas as pessoas. Isso significa afirmar que, para todas as moléstias, agravos ou necessidades sanitárias da população em geral, deve o Sistema Único de Saúde dispor de ações e/ou serviços aptos a atuar de forma preventiva ou curativa na erradicação ou diminuição máxima das patologias. Nenhum ser humano, por mais complexo que seja o seu problema de saúde, pode ficar desamparado pelo SUS. Esse é o verdadeiro “espírito” do princípio/diretriz da integralidade.

Nesse diapasão, todas as leis ordinárias municipais de cunho informativo supracitadas, sem dúvidas, objetivaram a efetivação da integralidade. As leis elaboradas com intuito de divulgar os direitos sanitários das pessoas com câncer, por

exemplo, promovem a integralidade por abranger aquela parcela da população portadora desta doença. De igual modo, uma lei que determine a divulgação da existência de tratamento adequado aos usuários do SUS dependentes de substâncias químicas oriundas de produtos fumígenos também zela pela efetivação da integralidade, eis que ampara este segmento populacional específico. E assim por diante.

Complementarmente, leis que promovem a divulgação de ações e serviços sanitários, além de contribuir para a efetivação da dignidade da pessoa humana, também promovem observância e respeito à igualdade em seu aspecto material. Sobre este último princípio de magnitude constitucional, Bonavides (2001, p. 376) ressalta que, “de todos os direitos fundamentais, a igualdade é aquele que mais tem subido de importância no Direito Constitucional de nossos dias, sendo, como não poderia deixar de ser, o direito-chave, o direito-guardião do Estado Social”.

Não bastasse, os direitos à informação e divulgação dos serviços de saúde postos à disposição do usuário se encontram esculpados, respectivamente, nos incisos V e VI do art. 7º da Lei nº 8.080/1990, sendo considerados princípios do SUS (BRASIL, 1990).

No seguir, verifica-se dois foram os diplomas normativos que instituíram programas de saúde. Estes, consistiram nas Leis nº 7.103/2017 (oriunda do PL nº 125/2017, de autoria do vereador Júlio César Kaminski, responsável por criar o “programa de apoio à pessoa com Diabetes e/ou Doença Celíaca, no município de Criciúma/SC”) e nº 7.371/2018 (oriunda do PL nº 69/2018, de autoria do vereador Ademir José Honorato, que instituiu o “programa de saúde bucal para pessoas com deficiência”) (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 e 2018). Novamente, leis que objetivaram atender segmentos específicos da sociedade (pessoas com diabetes e/ou doença celíaca ou com deficiência), garantindo a efetivação, portanto, de princípios/diretrizes do SUS como a universalidade, equidade e integralidade.

Já a Lei nº 7.226/2018 (oriunda do PL nº 10/2018, de autoria do vereador Allison José Pires), teve enfoque integralmente preventivo. Instituiu, no calendário oficial de datas e eventos comemorativos do Município de Criciúma/SC, a semana municipal de valorização e prevenção ao suicídio (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 e 2018). Um detalhe que merece destaque é que o autor do diploma normativo em comento (Allison José Pires) era o único vereador (entre os efetivos e suplentes da 18ª Legislatura do Município de Criciúma/SC) com graduação

em medicina (conforme ressaltado no tópico anterior, Pires é médico de profissão). Coincidentemente, o enfoque de sua proposição se voltou à prevenção ao suicídio.

Outrossim, entende-se que a Lei nº 7.102/2017 (oriunda do PL nº 119/2017, de autoria do vereador Valmir Dagostim) também pode ser enquadrada em ações sanitárias de cunho preventivo. Referido diploma normativo estabeleceu a obrigatoriedade de

[...] os hospitais públicos e particulares localizados no Município a comunicar formalmente por escrito a Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso e a Secretaria Social de Criciúma quando do atendimento, em suas unidades de pronto atendimento, de pessoas idosas vítimas de maus-tratos (CRICIÚMA/SC, 2017a).

Afinal, uma vez notificados os órgãos públicos acerca dos maus-tratos cometidos em desfavor de pessoas idosas, certamente estes tomarão as devidas providências contra os(as) respectivos(as) agressores(as), prevenindo que tais condutas ilícitas voltem a se repetir. Uma crítica construtiva que se faz à referida lei é que, em seu texto, poderia tranquilamente também ter sido estabelecida a obrigatoriedade de os hospitais públicos e particulares localizados em Criciúma/SC notificarem os órgãos públicos quando se deparassem com situações de maus-tratos cometidos contra crianças, adolescentes e mulheres. Isto é, não ficar somente restrito às pessoas idosas, como expressamente prevê o texto e a justificativa do diploma normativo em comento.

De todo modo, as proposições de cunho preventivo se coadunam diretamente com o objetivo majoritário do Sistema Único de Saúde, que consiste na prevenção de moléstias e enfermidades. Nesse enfoque, importante é enfatizar que a CRFB/1988, ao regulamentar o princípio/diretriz da integralidade (art. 198, II), deu prioridade às atividades sanitárias de caráter preventivo, de modo que os problemas vinculados à saúde que possam colocar em risco a vida e o bem-estar da população em geral sejam combatidos antes mesmo começar a impactar negativamente o ser humano (BRASIL, 1988; MATTA, 2007, p. 71).

Na mesma toada, Weichert (2004, p. 122) leciona que as ações e serviços do SUS, para melhor efetivação do direito social à saúde, precisam atuar preventivamente no intuito de evitar o contágio e proliferação de moléstias, enfermidades ou problemas sanitários em geral que afetem a vida da população. Para tanto, cabe ao Poder Público agir tanto nas perspectivas positiva (fazer) e negativa

(não fazer). Isto é, agir ou deixar de agir, a depender do caso, visando, nas duas situações, o máximo alcance do caráter preventivo do Sistema Único de Saúde.

Adiante, faz-se alusão às Leis nº 6.917/2017 (oriunda do PL nº 40/2017, de autoria do vereador Júlio César Kaminski) e nº 7.279/2018 (oriunda do PL nº 27/2018, de autoria do vereador Valmir Dagostim) que instituíram, respectivamente, o programa municipal “adote a saúde” e o título “amigo da vida” (concedido às famílias ou responsáveis de pessoas doadores de órgãos) (CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC, 2017 e 2018).

Ressalta-se, primeiramente, que a lei ordinária instituidora do programa municipal “adote a saúde” dispôs, em seu art. 1º:

Art. 1º Fica instituído o Programa Municipal “Adote a Saúde”, com o objetivo de incentivar a sociedade civil organizada e/ou pessoas jurídicas a contribuírem na conservação e manutenção dos postos de saúde e proporcionar melhorias na qualidade de atendimento da rede pública municipal (CRICIÚMA/SC, 2017b)

Na justificativa (incorporada ao Projeto de Lei nº 40/2017), o vereador proponente do aludido diploma normativo argumentou o seguinte:

Tal projeto de lei visa incentivar a sociedade civil organizada e/ou pessoas jurídicas a participarem na melhoria da qualidade de saúde pública municipal, através da conservação e manutenção da infraestrutura das unidades de saúde.

Condicional à celebração do termo de cooperação, a adoção dar-se-á de diversas formas, como doação de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, além da realização de obras, desde que aprovadas e ou elaboradas pelo Poder Público Municipal, possibilitando aos adotantes, a veiculação de publicidade (CRICIÚMA/SC, 2017b).

Já a lei ordinária criadora do título “amigo da vida” (Lei nº 7.279/2018), objetivou incentivar os familiares ou responsáveis das pessoas falecidas a autorizar a doação de órgãos ou tecidos. Referida honraria seria entregue anualmente em sessão solene realizada pela Câmara Municipal de Criciúma/SC, sempre na semana em que compreendesse o Dia Nacional da Doação de Órgãos (27 de setembro). Para que pudessem participar da sessão e receber o prêmio, os familiares ou responsáveis da pessoa doadora de órgãos ou tecidos deveriam comprovar documentalmente que tenham contribuído com a realização de um ou mais transplantes (CRICIÚMA/SC, 2018).

O principal ponto em comum que se nota nos dois diplomas normativos acima ventilados é que todos objetivam incentivar e majorar a participação da

comunidade nas ações e serviços de saúde prestados pelo SUS (que, conforme ressaltado no segundo capítulo, representa um dos mais importantes princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde, encontrando regulamentação no art. 198, III, da CRFB/1988) (BRASIL, 1988).

Vieira (2013, p. 341) leciona que o princípio/diretriz da participação da comunidade é fruto de lutas históricas, ocorridas no Brasil e no mundo. A presença da população no dia a dia do Sistema Único de Saúde materializa a democracia e a cidadania, fundamentos do Estado Social e Democrático de Direito. O SUS, na condição de política pública cujo “berço” foi a sociedade, não poderia deixar de ter a própria participação popular ao longo de seus anos de vigência.

Por fim, os dois diplomas normativos municipais ainda não abordados neste estudo consistem, respectivamente, nas Leis nº 7.374/2018 (oriunda do PL nº 104/2018, de autoria dos vereadores Ademir José Honorato e Marcos André Vieira Meller), que dispôs “[...] sobre a obrigatoriedade da apresentação de atestado de vacinação, no ato da matrícula ou rematrícula escolar, nas redes pública e privada de ensino” (CRICIÚMA/SC, 2018b) e nº 7.440/2019 (oriunda do PL nº 13/2019, de autoria do vereador Dailto Feuser), que regulamentou a obrigatoriedade de todos(as) os(as) condutores(as) e monitores(as) que trabalhem com transporte escolar no Município de Criciúma/SC se submeterem ao treinamento presencial em primeiros socorros, de modo que fiquem preparados para eventuais emergências (CRICIÚMA/SC, 2019). Um ponto em comum entre as duas leis é que ambas são voltadas, majoritariamente, à saúde e ao bem-estar de crianças e adolescentes.

Entende-se que referidos diplomas normativos fortalecem a política pública macro do Sistema Único de Saúde, honrando os ditames legais, principalmente do art. 227, “caput”, da CRFB/1988, que dispõe: “*é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...]*”, praticamente reproduzido no art. 4º, “caput”, da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Por estarem em consonância com a legislação constitucional e infraconstitucional, conseqüentemente, fortalecem o Estado Social e Democrático de Direito como um todo (BRASIL, 1988 e 1990).

Especificamente quanto à Lei Ordinária nº 7.374/2018 do Município de Criciúma/SC (que regulamentou a obrigatoriedade da apresentação de atestado de vacinação, no ato da matrícula ou rematrícula escolar, nas redes pública e privada de ensino do Município de Criciúma/SC), frisa-se que, no ano seguinte à sua

promulgação, texto muito parecido foi apresentado na Assembleia Legislativa de Santa Catarina – ALESC. Este, consistiu no Projeto de Lei nº 0044/2019, de autoria do Deputado Estadual Coronel Mocellin que, após regular tramitação, foi promulgado pelo então Governador do Estado, Carlos Moisés da Silva, sendo convertido na Lei nº 17.821, de 10 de dezembro de 2019 (SANTA CATARINA, 2019).

Por oportuno, salienta-se que não foi realizado qualquer juízo prévio acerca de eventual (in)constitucionalidade dos diplomas normativos analisados. Até, porque, se somente cinco das 19 (dezenove) leis ordinárias municipais em matéria de saúde promulgadas no decorrer da 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC tiveram a constitucionalidade questionada pelo Chefe do Poder Executivo do Município de Criciúma/SC e declarada pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, entende-se, pelo menos num primeiro olhar, que todos outros 14 (quatorze) diplomas normativos são constitucionais, em virtude do princípio da constitucionalidade das leis.

Sobre tal princípio, Bonavides (2001, pp. 247-248) ressalta que todas as leis devem ser presumidas legais e constitucionais quando do seu “nascimento”. É necessário que se respeite e reconheça a autoridade do Poder Legislativo, principalmente quando do exercício de sua função típica de legislar. Portanto, o princípio da presunção da constitucionalidade das leis se aplica tanto aos aspectos formais da lei quanto aos aspectos materiais.

No seguir, uma constatação digna de relevância é que todas as leis ordinárias municipais analisadas decorreram de projetos de lei protocolados nos anos de 2017, 2018 e 2019. No ano de 2020 (primeiro ano da pandemia do coronavírus), não houve apresentação por parte dos(as) vereadores(as) efetivos(as) ou suplentes de nenhum projeto de lei que envolvesse de forma direta a temática da saúde pública. Ou seja, no ano inicial da pandemia do Covid-19 o foco dos(as) vereadores(as) se voltou exclusivamente à fiscalização das ações do Poder Executivo Municipal, por meio da apresentação de requerimentos, conforme já evidenciado em momento anterior da pesquisa.

No mais, em relação aos diplomas normativos municipais que envolveram a temática da saúde analisados neste tópico, entende-se que foram providas de boas intenções. Por outro lado, não se adentrou no mérito acerca da aplicação prática desses diplomas normativos. Isto é, não foi investigado se realmente tiveram o condão de impactar positivamente a vida da população criciumense ou se tais iniciativas

sequer “saíram do papel”. Isto, pois, a presente pesquisa analisou até o processo de formulação da norma legislativa. De todo modo, foi possível verificar que as leis estudadas objetivaram a promoção e respeito, dentre outros princípios/fundamentos, da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da igualdade em seu aspecto material, além de princípios/diretrizes diretamente vinculados ao Sistema Único de Saúde, como a universalidade, equidade, integralidade, todos preconizados pelo Estado Social e Democrático de Direito.

5 CONCLUSÃO

Frisou-se, nesta pesquisa, que toda e qualquer Constituição surge a partir de um contexto histórico, geralmente permeado de lutas políticas e sociais. Portanto, antes de dissertar sobre a institucionalização do Estado Social e Democrático de Direito por meio da promulgação da CRFB/1988, o primeiro capítulo do estudo abordou os principais momentos históricos vivenciados no Brasil e no mundo, quais sejam: Estado Absolutista (Monarquia), Estado Liberal (ou de Direito) e Estado Social (Estado de Bem-estar Social, *Welfare State* ou Estado Intervencionista).

No Brasil, viu-se que o Absolutismo teve seu efetivo início com a chegada da família real e sua regulamentação máxima por meio da outorga da popularmente conhecida “Constituição Imperial de 1824” (primeira constituição brasileira), que permaneceu vigente até a véspera da promulgação da Constituição de 1891. Constatou-se, então, que o período monárquico foi duradouro, tendo perdido progressivamente sua força em virtude de diversos acontecimentos, dentre eles, principalmente, a abolição da escravatura através da Lei Áurea, assinada em 1888.

Findada a Monarquia no Brasil, foi promulgada a Constituição brasileira de 1891. Esta, trouxe consigo ideias fortemente liberais, vinculadas ao Liberalismo clássico que há muito vigorava na Europa, cujo ápice se deu com a Revolução Francesa (1789-1799), principal responsável pela disseminação de tal corrente no mundo. Entretanto, alguns traços liberais já puderam ser encontrados desde o texto da Constituição Imperial de 1824.

Principalmente na primeira metade do século XIX, o Liberalismo manteve força plena, predominando a maior isenção possível do Estado nas esferas social e econômica. Já a partir da segunda metade do século supracitado, as ideias liberais radicais foram perdendo força, especialmente em virtude da desenfreada violação de direitos humanos ocasionada pela desmedida exploração econômica da massa operária. D’outro modo, também não foram olvidados neste ensaio os avanços que o Estado Liberal clássico disseminou pelo mundo, como, por exemplo, o surgimento e fortalecimento da ideia de Estado de Direito.

O desmoronamento das ideias liberais, principalmente a partir do acontecimento histórico da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), proporcionou a ascensão do Estado Social, representando verdadeira ruptura de paradigma no tocante ao intervencionismo estatal na vida em sociedade. O Estado passou a ter que

atuar positivamente como garantidor dos direitos de segunda dimensão, buscando a minimização das desigualdades sociais, que resultaria na diminuição da pobreza e miserabilidade que assolava considerável percentual da população mundial. Verificou-se que a Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos de 1917 foi a responsável pelo rompimento do modelo de sistema capitalista puro, disseminando no mundo, a partir de então, os ideais intervencionistas do Estado Social, especialmente no que tange aos direitos da classe trabalhadora.

Frisou-se que o Estado de Bem-Estar social viveu seu auge nas décadas de 1940 a 1960. Todavia, no Brasil, nunca chegou a ser implementado em sua plenitude. Especialmente a partir do último quarto do século XX, o modelo intervencionista começou a ser alvo de constantes críticas, eis que gerava alta carga tributária (praticamente estagnando o crescimento econômico), desestimulava a procura por novos postos de emprego, dentre outros motivos. Com efeito, foi institucionalizado no Brasil o Estado Social e Democrático de Direito, por meio da promulgação da CRFB/1988, tendo recepcionado boa parte dos ideais defendidos pelo Estado Intervencionista então vigente.

Todavia, o Estado Social e Democrático de Direito foi muito além da recepção de determinadas ideais disseminadas e defendidas pelo Estado Social. Trouxe consigo, também, características do Estado de Direito, eis que regido pelo princípio da legalidade. Mas não foi só. Viu-se que o Estado Social e Democrático de Direito ampliou consideravelmente o rol de direitos sociais fundamentais, objetivando o respeito à dignidade humana através da promoção da justiça social, além da efetivação da igualdade em seu aspecto material e redução das desigualdades sociais. Dentre outros avanços, instituiu o princípio democrático, regulamentando mecanismos constitucionais que possibilitaram a participação ativa da população nos rumos tomados pelo Poder Público.

Em virtude da ampliação do rol direitos sociais fundamentais (considerados de segunda dimensão) proporcionada pelo advento do Estado Social e Democrático de Direito, o estudo abordou a necessidade de o Poder Público formular políticas públicas capazes de “tirar do papel” tais prestações positivas estatais. Verificou-se que as ações governamentais são formuladas e implementadas, via de regra, pelos Poderes Executivo e Legislativo, mas, progressivamente e de forma subsidiária, também pelo Poder Judiciário, quando os dois primeiros mantiverem postura omissa e/ou denegatória de direitos.

Deu-se ênfase às três primeiras fases da “teoria dos ciclos” das políticas públicas, do autor João Pedro Schmidt, quais sejam: (i) percepção e definição do problema; (ii) inserção na agenda política; (iii) formulação, frisando que tais etapas também se aplicam ao processo de elaboração de ações, serviços, programas, projetos, planos, entre outras estratégias governamentais aptas a promover a efetivação de direitos sociais fundamentais. Isto, pois, o primeiro capítulo do ensaio precisou “conversar” com o último, onde foram analisadas proposições e lei ordinárias municipais em matéria de saúde, estas últimas oriundas de projetos de lei apresentados pelos(as) vereadores(as) que atuaram na 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC.

Evidenciou-se, ainda, que nem todos os problemas políticos que se apresentam na sociedade podem ser solucionados por meio das políticas públicas. Não há tempo hábil nem recursos públicos para tanto, situação que obriga o Poder Público a estabelecer prioridades. Isto é, priorizar a resolução de determinados problemas sociais em detrimento de outros. De todo modo, frisou-se que algumas temáticas específicas devem permanecer obrigatória e permanentemente nas agendas políticas de todos os entes federativos, eis que dotadas de incontestável essencialidade à manutenção da vida humana. É o exemplo da saúde pública, temática principal deste ensaio.

Adiante, o segundo capítulo teve como temática principal a institucionalização do Sistema Único de Saúde por meio da promulgação da CRFB/1988. Primeiramente, abordou-se como se dava a prestação das ações e serviços sanitários no Brasil antes do advento do SUS, sendo a saúde dotada de caráter contributivo e não universal, deixando vasto contingente populacional completamente desamparado, podendo recorrer, tão somente, a instituições de caridade.

Com o passar dos anos, principalmente a partir da década de 1970 e intensificado na década de 1980, diversos setores da sociedade, irrisignados com a ineficácia da prestação dos serviços sanitários no Brasil, iniciaram debates com objetivo de promover completa alteração no modelo sanitário então vigente. Isto é, fazer com que o acesso à saúde deixasse de ser restrito à determinado número de pessoas e passasse a ser universal, independente de contribuições à seguridade social. Complementarmente, que a população também pudesse participar ativamente das decisões tomadas pelo Poder Público no que tange à gestão da saúde. Foram

abordados neste estudo, então, os principais movimentos históricos que culminaram, posteriormente, na institucionalização do Sistema Único de Saúde, sendo: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB; Reforma Sanitária Brasileira – RSB; e 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em Brasília, no ano de 1986.

Nessa senda, constatou-se que a criação do SUS representou verdadeiro “divisor de águas” no tocante à prestação das ações e serviços de saúde no Brasil, podendo citar os princípios/diretrizes da universalidade e participação da comunidade como seus principais avanços e/ou características.

Ainda no segundo capítulo, foram analisados os principais diplomas normativos (constitucionais e infraconstitucionais) que regulamentaram e continuam regulamentando o Sistema Único de Saúde no Brasil, incluindo diversos outros princípios/diretrizes além dos dois acima citados. Restou evidenciada a competência administrativa comum e responsabilidade solidária de todos os entes federativos para garantir à população o acesso às ações e serviços de saúde. No tocante à competência legiferante, evidenciou-se que todas as unidades federadas detêm prerrogativa para editar diplomas normativos que envolvam matéria sanitária. Frisou-se, também, que pela primeira vez na história, a saúde foi elevada à condição de direito social fundamental (alcançando, assim, seu patamar protecional máximo), conforme expressa previsão da CRFB/1988.

O terceiro e último capítulo iniciou reforçando a existência das competências administrativa e legiferante em matéria de saúde comum a todos os entes federativos, especialmente aos municípios, tanto por expressa previsão constitucional, quanto por diversos julgados do Supremo Tribunal Federal (que, basicamente, referendaram o que já se encontrava regulamentado na CRFB/1988). Evidenciou-se que, caso o Constituinte Originário não tivesse atribuído aos municípios a competência para legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar a legislação federal e estadual no que for cabível, certamente diversos problemas sociais de dimensão regional não conseguiriam ser combatidos por meio da edição de diplomas normativos. Isto, pois, o Brasil, tão extenso territorialmente e multicultural como é, exige dos agentes políticos a edição das mais variadas leis, de modo que se torne possível resolver e/ou, pelo menos, minimizar os problemas sociais específicos de cada região.

Evidenciado o “divisor de águas” que as institucionalizações do Estado Social e Democrático de Direito e do Sistema Único de Saúde trouxeram à prestação

das ações e serviços de saúde no Brasil, bem como incontroversa a existência das competências administrativa e legislativa dos municípios em matéria de saúde, analisou-se, no capítulo final da pesquisa, se o Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, ao longo da 18ª Legislatura (2017/2020), conseguiu ou não contribuir para a garantia do direito social fundamental à saúde, à luz dos fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito.

Abordou-se, primeiramente, o contexto histórico do referido Município, bem como seu perfil socioeconômico, aspectos geográficos, estrutura do SUS e indicadores sanitários. Ato contínuo, caracterizou-se o perfil dos 17 (dezesete) vereadores eleitos para a 18ª Legislatura (2017/2020) e dos 10 (dez) suplentes que assumiram no decorrer do mandato legislativo, analisando, ao final, estatísticas acerca das proposições apresentadas ao longo do quadriênio.

Em que pese muitas tenham sido as indicações, moções, projetos de resolução, projetos de decreto legislativo e emendas apresentadas pelos(as) vereadores(as) durante o período, o foco se voltou à análise das estatísticas referentes aos requerimentos e, principalmente, aos projetos de lei, eis que representam os principais mecanismos legais para que os edis consigam efetivar as funções típicas do Poder Legislativo, quais sejam, respectivamente, fiscalizar e legislar.

Constatou-se que foram apresentados 1.899 requerimentos ao longo da 18ª Legislatura. Destes, 195 envolveram diretamente a temática da saúde (representando 10,27% da totalidade). O último ano da referida Legislatura (2020) foi o que concentrou maior número dessas proposições envolvendo matéria sanitária, sendo este aumento justificado pelo início da pandemia do coronavírus. Isto é, maioria dos requerimentos que tramitaram no Poder Legislativo objetivaram que o Poder Executivo Municipal prestasse informações referentes à gestão de enfrentamento à pandemia, principalmente no que tange à aplicação dos recursos financeiros recebidos da União e do Estado; aquisição de testes rápidos; medicamentos disponibilizados pelo Município; leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI; e saúde mental dos profissionais da saúde que estavam atuando na “linha de frente” de combate à Covid-19.

Já nos três primeiros anos da 18ª Legislatura (quais sejam: 2017, 2018 e 2019), as pautas mais questionadas pelos vereadores em matéria sanitária abordaram: contratações de profissionais de saúde (principalmente médicos) para as

Unidades Básicas de Saúde do Município; reformas e melhorias em geral das Unidades Básicas de Saúde do Município; e cobranças visando a resolução e/ou, pelo menos, diminuição das “filas de espera” no Sistema Único de Saúde, para atendimentos da população necessitada de procedimentos de saúde em geral (principalmente consultas, exames e cirurgias de média e alta complexidade).

No que tange aos projetos de lei, foram 555 apresentados ao longo dos quatro anos que envolveram a 18ª Legislatura (2017/2020). Constatou-se que a saúde foi a quarta temática mais abordada pelos vereadores, tendo ficado atrás de projetos que objetivaram denominar ruas ou logradouros (284), denominar bairros (47) e declarar utilidade pública a pessoas jurídicas sem fins lucrativos e que prestam serviços à comunidade (33).

27 foram os projetos de lei que envolveram diretamente a temática da saúde (o que representa 4,87% da totalidade). Destes, 19 tornaram leis e oito foram retirados de tramitação pelos(as) vereadores(as) proponentes ou integralmente vetados pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, com veto posteriormente mantido pelos(as) vereadores(as). Ainda, cinco das 19 leis ordinárias municipais em matéria de saúde foram declaradas formalmente inconstitucionais pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, sempre por vício de iniciativa e com efeitos *ex tunc*. Com efeito, somente 14 diplomas normativos se mantiveram em vigor (o que representa 2,53% da totalidade de projetos de lei apresentados), presumindo-se a compatibilidade de todos eles com o ordenamento jurídico, em virtude do princípio da presunção da constitucionalidade das leis.

Dessas 14 leis ordinárias em matéria de saúde, verificou-se que seis delas (quase metade) tiveram intuito exclusivamente informativo. Ou seja, de determinar que o Poder Público e/ou a estabelecimentos privados divulgassem à população ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS.

No tocante às outras leis ordinárias em matéria de saúde, viu-se que duas instituíram programas; uma teve caráter exclusivamente preventivo; outra, além do caráter preventivo, direcionou o foco também na seara curativa; duas objetivaram promover a participação e inclusão da comunidade nas ações e serviços prestados pelo SUS; e, por fim, duas direcionaram o foco à saúde e ao bem-estar de crianças e adolescentes.

Frisou-se, também, que o objetivo da pesquisa se responsabilizou pela abordagem e estudo até a etapa de formulação dos diplomas normativos, não

adentrando no mérito acerca da aplicação prática dessas leis (no sentido de se estão ou não gerando efeitos práticos positivos à população).

Outro ponto verificado é que a única sessão legislativa da 18ª Legislatura (2017/2020) na qual os(as) vereadores(as) não apresentaram nenhum projeto de lei em matéria de saúde foi a última (correspondente ao ano de 2020), justamente o ano inicial da pandemia do coronavírus no Brasil. Do contrário, neste lapso temporal, a apresentação de requerimentos envolvendo matéria sanitária foi a maior de todos os quatro anos da Legislatura, em termos proporcionais. Compreendeu-se, com efeito, que os edis priorizaram o processo de fiscalização do Poder Executivo no que tange à gestão de enfrentamento à Covid-19, em detrimento da função típica de legislar.

Outrossim, não se olvidou que a autonomia dos municípios para legislar (especialmente em matéria de saúde) é um tanto restrita (pela expressa previsão constitucional), situação que acaba gerando dificuldades na formulação de normas legislativas que contribuam para a garantia e ampliação do direito social fundamental à saúde. Todavia, tal realidade também não exime os agentes políticos ocupantes do Poder Legislativo da imensa responsabilidade de atuar na melhoria das condições de vida da população, tanto pela fiscalização quanto pela elaboração de normas legislativas.

De todo modo, pode-se concluir que as poucas leis ordinárias municipais em matéria sanitária geradas a partir da atuação dos(as) vereadores(as) na 18ª Legislatura (2017/2020) do Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, no geral, mantiveram consonância com alguns princípios/fundamentos constitucionais, como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana, a cidadania e a igualdade em seu aspecto material, além de princípios/diretrizes diretamente vinculados ao Sistema Único de Saúde, como a universalidade, equidade e integralidade, todos preconizados pelo Estado Social e Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS

_____. Câmara Municipal de Criciúma (Poder Legislativo do Município de Criciúma). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

_____. *História de Criciúma - Autoria: Archimedes Napolini Filho*. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/historia-de-criciuma-autoria-archimedes-napolini-filho>>. Acesso em: 05 set. 2022.

_____. *História do Hospital São José*. Hospital São José. Disponível em: <<https://www.hsjose.com.br/institucional/historia>>. Acesso em: 07 set. 2022.

_____. *Nasce o bebê de número 10.000 no Hospital Materno-Infantil Santa Catarina, de Criciúma*. Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS. Disponível em: <<https://www.ideas.med.br/nasce-o-bebe-de-numero-10-000-no-hospital-materno-infantil-santa-catarina-de-criciuma/>>. Acesso em: 04 set. 2022.

_____. *Sobre a UPA*. Instituto Maria Schmitt - IMAS. Disponível em: <<https://www.imas.net.br/site/unidade/upa/>>. Acesso em: 06 set. 2022.

ABREU, Rogério Messias Alves de. **Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

ACP CARVÃO. **ACP DO CARVÃO - RESUMO**. Disponível em: <<http://acpcarvao.com.br/login/index.php>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

AGUIAR, André Ítalo Gomes; CALAÇA, Helder Lincoln. **Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural: Uma Análise de (In)Segurança Jurídica Acerca do Funrural**. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/2050/1/Andr%C3%A9%20%C3%8Dtalo%20Gomes%20Aguiar.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ALITH, Fernando *et al.* **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica.** R. Dir. sanit., São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** 5ª ed. - Suhrkamp Verlag, 1986.

ALVES, Hércules Alfredo Batista. **Curso Pró-Técnico** – 2ª ed. – História. Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais - Unidade Varginha, 2017.

AMADO, Frederico. **Curso de Direito e Processo Previdenciário.** 14ª ed. ver., ampl. e atual. – Salvador: Ed. JusPodivm, 2021.

AMREC. **Associação dos Municípios da Região Carbonífera.** Disponível em: <<https://www.amrec.com.br/noticias/ver/2022/04/amrec-completa-39-anos-de-fundacao-e-apresenta-projeto-de-ampliacao-da-sede>>. Acesso em: 07 ago. 2022.

AROUCA, A. S. **Democracia é saúde.** In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986, Brasília. Anais... Brasília: DF, 1986. p. 35-42.

ASCENSÃO, J. Oliveira. **Interpretação das Leis. Integração das Lacunas. Aplicação do Princípio da Analogia.** S/d, p. 917. Disponível em: <<https://portal.oa.pt/upl/%7B0a2c7ef5-b0a3-449f-bee8-88db3fc0335f%7D.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ASSIS, Luiz Gustavo Bambini de. O absolutismo e sua influência na formação do Estado brasileiro. *Revista dos Tribunais.* 2016. RT Vol. 969 (julho 2016).

AUAD, Denise. **Os Direitos Sociais na Constituição de Weimar Como Paradigma do Modelo de Proteção Social da Atual Constituição Federal Brasileira.** *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo* v. 103 p. 337 - 355 jan./dez. 2008.

BATICH, Mariana. **PREVIDÊNCIA DO TRABALHADOR:** uma trajetória inesperada. *SÃO PAULO EM PERSPECTIVA*, 18(3): 33-40, 2004.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. **Constituição, Cidadania e Estado Democrático de Direito**. Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos, n. 4, p. 179-190, dez. 2003. ISSN 1677-1419. Disponível em: <<http://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/15>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. 11. reimp. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa: Por um Direito Constitucional de luta e resistência. Por uma Nova Hermenêutica. Por uma repolitização da legitimidade**. Malheiros Editores LTDA, São Paulo, 2001.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em: 29 mai. 2022.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 25 de março de 1824. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm>.

Acesso em: 24 set. 2022.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942**. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103**, de 12 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm>.

Acesso em: 11 mai. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 114**, de 16 de dezembro de 2021. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc114.htm#art1>.

Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 2**, de 25 de agosto de 1992. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc02.htm>.

Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 26**, de 14 de fevereiro de 2000. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc26.htm>.

Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos

mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 64**, de 4 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 65**, de 13 de julho de 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86**, de 17 de março de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 90**, de 15 de setembro de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc90.htm>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971**. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp11.htm> Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das

despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953.** Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l1920.htm> Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 2015.

BRASIL. **Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956.** Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l2743.htm> Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 3.807, de 05 de setembro de 1960.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l3807.htm>. Acesso em: 21 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 4.717, de 29 de junho de 1965.** Regula a ação popular. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4717.htm>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977.** Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm> Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.** Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7347orig.htm>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dezembro 1993.

BRASIL. **Lei nº 9.709, de 18 de novembro de 1998**. Regulamenta a execução do disposto nos incisos I, II e III do art. 14 da Constituição Federal. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9709.htm>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 647.493 – SC (2004/0032785-4)**. União e outros, 2007. Disponível em:

<https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200400327854&dt_publicacao=22/10/2007>. Acesso em: 09 ago. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 1.842 RIO DE JANEIRO**. Partido Democrático Trabalhista – PDT, 2013. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=630026>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.224 SÃO PAULO**. Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas, 2022. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=759690725>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.252 SÃO PAULO**. Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC, 2022. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=759690726>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.273 SÃO PAULO**. Governador do Estado de São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=759690727>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.978 SÃO PAULO**. Partido Trabalhista Brasileiro - PTB, 2022. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=759690728>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PREFEITO FUNDAMENTAL 54 DISTRITO FEDERAL**. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, 2012. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793**. Recurso Extraordinário nº 855.178 ED/SE, rel. orig. Min. Luiz Fux, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 23.5.2019. Acesso em: <<https://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 818**. Recurso Extraordinário nº 858.075/RJ, rel. do acórdão, Min. Roberto Barroso, julgamento em 17.05.2021. Acesso em: <<https://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRASIL. TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Eleições 2016**: país elege 7.803 vereadoras e 638 prefeitas em primeiro turno. Eleições 2016. Disponível em: <<https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2016/Outubro/eleicoes-2016-pais-elege-7-803-vereadoras-e-638-prefeitas-em-primeiro-turno>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE/RS. **Nomear logradouros é função importante do poder público**. 2020. Disponível em: <<https://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/nomear-logradouros-e-funcao-importante-do-poder-publico>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1613-1623, jul., 2007.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra, Almedina, 1998.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados 27 (78), 2013.

CENCI, Ana Richi; BEDIN, Gabriel de Lima; FISCHER, Ricardo Santi. **Do Liberalismo ao Intervencionismo**: O Estado Como Protagonista da (Des)regulação Econômica. Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional. Curitiba, 2011, n. 4, Jan-Jun. p. 77-97.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. s/d. Disponível em:

<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

COGGIOLA, Osvaldo. **Novamente, a Revolução Francesa**. Projeto História, São Paulo, n. 47, pp. 281-322, ago. 2013.

Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986 – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

Conheça a história da Assembleia Constituinte de 1823. Câmara dos Deputados, 2018. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/546341-conheca-a-historia-da-assembleia-constituente-de-1823/>>. Acesso em: 25. Abr. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 2.555, de 27 de maio de 1991**. Dispõe sobre os feriados municipais. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-no-2555-1991-2447>>. Acesso em: 04 ago. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 6.432, de 12 de junho de 2014**. Institui no calendário de comemorações oficiais do Município de Criciúma, o Dia Municipal das Escolhedeiras de Carvão. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/c/criciuma/lei-ordinaria/2014/643/6432/lei-ordinaria>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 6.917, de 10 de julho de 2017**. Institui o Programa Municipal “Adote a Saúde”. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-6917-2017-27561>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.034, de 18 de outubro de 2017** (Declarada Inconstitucional através da ADI nº 4007345-61.2018.8.24.0000). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7034-2017-28349>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.068, de 24 de novembro de 2017** (Declarada Inconstitucional através da ADI nº 4000213-65.2018.8.24.0000). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7068-2017-28673>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.077, de 29 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a divulgação dos direitos da pessoa com Neoplasia Maligna (Câncer). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7077-2017-28713>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.102, de 18 de setembro de 2017**. Obriga os hospitais públicos e particulares a comunicar formalmente por escrito a Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso e a Secretaria Social de Criciúma quando do atendimento, em suas unidades de pronto-atendimento, de pessoas idosas vítimas de maus-tratos. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7102-2017-28851>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.103, de 18 de dezembro de 2017**. Cria o “Programa de Apoio à Pessoa com Diabetes e ou Doença Celíaca, no município de Criciúma/SC. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7103-2017-28849>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.170, de 07 de março de 2018** (Declarada Inconstitucional através da ADI nº 4005141-59.2018.8.24.0000). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7170-2018-29211>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.197, de 17 de maio de 2018**. Dispõe sobre a divulgação do direito de reconstrução da mama nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7197-2018-29939>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.210, de 6 de junho de 2018**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de estabelecimentos que comercializam produtos fumígenos derivados do tabaco a

informarem sobre a disponibilidade de tratamento gratuito para dependentes pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7210-2018-30022>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.226, de 12 de junho de 2018**. Inclui a Semana Municipal de Valorização da Vida e Prevenção do Suicídio no Calendário Oficial do Município de Eventos e Datas Comemorativas. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7226-2018-30010>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.271, de 30 de julho de 2018** (Declarada Inconstitucional através da ADI nº 4021168-20.2018.8.24.0000). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7271-2018-30379>>. Acesso em: 06 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.279, de 14 de agosto de 2018**. Institui o Título “Amigo da Vida” a ser concedido à família ou responsável do doador de órgãos. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7279-2018-30560>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.283, de 21 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a afixação de placas informativas sobre o auxílio preventivo ao suicídio prestado pela Rede de Proteção à Vida. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7283-2018-30573>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.338, de 29 de outubro de 2018** (Declarada Inconstitucional através da ADI nº 40322445-26.2018.8.24.0000). Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7338-2018-31085>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.343, de 14 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a divulgação, pela rede pública municipal de saúde, dos serviços e profissionais especializados

disponíveis para atendimento nas unidades de saúde. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7343-2018-31330>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.371, de 05 de dezembro de 2018.** Institui o Programa de Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7371-2018-31421>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.374, de 13 de dezembro de 2018.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação de declaração atualizada de vacinas, no ato da matrícula ou rematrícula escolas, nas redes pública e privada de ensino. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7374-2018-31482>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.440, de 23 de maio de 2019.** Torna obrigatório treinamento presencial em primeiros socorros para condutores e monitores que atuam no transporte escolar. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-7374-2018-31482>>. Acesso em: 07 set. 2022.

CRICIÚMA. **Lei nº 7.669, de 26 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre a divulgação da lista de medicamentos disponíveis e em falta na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/documento/lei-ordinaria-7669-2019-br-protocolado-101365>>. Acesso em: 07 set. 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde.** Rev. Saúde públ., São Paulo, 25(5): 401-5. 1991.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde.** Editora Hucitec: Humanismo, Ciência e Tecnologia. São Paulo, 1995.

Daniel Freitas renuncia do cargo de vereador. Poder Legislativo do Município de Criciúma/SC, 2018. Disponível em:

<<https://www.camaracriciuma.sc.gov.br/noticia/daniel-freitas-renuncia-do-cargo-de-vereador-4951>>. Acesso em: 25 out. 2022.

DE BARROS, Ricardo Paes; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. **DESIGUALDADE E POBREZA NO BRASIL**: retrato de uma estabilidade inaceitável. RBCS Vol. 15 no 42 fevereiro/2000.

DE CADEMARTORI, Daniela Mesquita Leutchuk; DE CADEMARTORI, Sergio Urquhart. **O Surgimento/Descoberta de um Novo Direito e de Uma Nova Política e a Revolução Francesa**. Revista Novos Estudos Jurídicos - Eletrônica, Vol. 24 - n. 3 - SET-DEZ 2019.

Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789. Disponível em: <<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2022.

DI GIOVANNI, Gerardo. **As Estruturas Elementares das Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2009.

DIAS, Eduardo Rocha; GONÇALVES, Ana Cristina Viana Loureiro. **O Papel das Normas de Repetição Obrigatória na Autonomia Estadual**. Revista Acadêmica Escola Superior do Ministério Público do Ceará, 2018.

DIÓGENES JÚNIOR, José Eliaci Nogueira. **Gerações ou Dimensões dos Direitos Fundamentais?**. Material de apoio: Direito Constitucional. Profa. Ma. Nuria Micheline Meneses Cabral.

DOMINGOS, Larissa de Oliveira; ROSA, Gabriela Ferreira de Camargos. **Direito Social à Saúde**: Análise a Partir da Perspectiva dos Direitos Fundamentais no Caso Brasileiro. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, 8(2): 1-132, abr./jun., 2019.

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. **Instrumentos de Planejamento**: PPA, LDO e LOA. Brasília : ENAP, 2021.

ESCOREL, Sarah. **Contexto**: o Sistema Nacional de Saúde. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

ESPING-ANDERSEN. **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, n. 24, set. 1991.

FALCETTI, Bruno Mesquita. **A Revolução Francesa**: Panorama Histórico e os Efeitos Que Moldaram a Sociedade Contemporânea. Revista História e Diversidade, Cáceres-MT, v. 9, n. 1, p. 110-125, 2017.

FLEURY, Sônia; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

GARCÍA-PELAYO, Manuel. **As transformações do Estado contemporâneo**. Tradução de Agassiz Almeida Filho. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GOMES, Danielle Coutinho Cunha. **Aplicação dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) Diante da Constituição Federal de 1988 e Legislação em Vigor**. Série Aperfeiçoamento de Magistrados 8. Judicialização da Saúde Parte II. S/d, pp. 195-200.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional**: a criação do Ministério da Saúde em 1953. vol. 10(3):791-825, set-dez. 2003.

HENRIQUE, Flávia; ARTMANN, Elizabeth; LIMA, Juliano de Carvalho. **Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma**. Rio de Janeiro, v. 43, nº especial 6, p. 36-47, dez. 2019.

HOCHMAN, Gilberto. **“O Brasil não é só doença”**: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 16, julho, 2009, pp. 313-331 Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil.

HONORATO, Guilherme Medeiros *et al.* **Criciúma**: Uma História de Todos! 1ª Ed., Criciúma/SC, Secretaria Municipal de Educação, 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/criciuma.html>>. Acesso em 09 ago. 2022.

ILIBIO, Michel Belmiro; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A participação social em saúde**: uma leitura a partir da democracia. Criciúma, SC: UNESC, 2020.

JANOTTI, Aldo. **Como e Porque Terminou a Monarquia Brasileira**. Volume XLII – Revista de História - Ano XXII, nº 86, abril-junho, 1971.

JESUS, Ranielle Pessoa de. **Crise do Estado de Bem-Estar Social e Neoliberalismo**: uma breve análise da questão social. II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas. “Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”. 20, 21 e 22 de junho de 2018.

LEITE, Celso Barroso. **SINPAS**: a nova estrutura da previdência social brasileira. R. Inf. legisl. Brasília a. 15 n. 57 jan./mar. 1978.

LEITE, Neusa Regina Larsen de Alvarenga. **A Possibilidade da Interferência do Poder Judiciário no Controle de Políticas Públicas**. Série Aperfeiçoamento de Magistrados. Judicialização da Saúde. Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/8/judicializacaodasaudeII_218.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2022.

LIZIERO, Leonam. **Seção 2 – Constitucionalismo, Direitos Fundamentais e Reformas**: Legitimação do Federalismo e Vantagens da Forma Federal de Estado. RDP, Edição Especial, 229-246, 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MATTEUCCI, Nicola. [Verbetes: absolutismo.] In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). **Dicionário de política**. 2 volumes. Tradução de Carmen C. Varriale, Gaetano Lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacais e Renzo Dini. Rev. geral de João Ferreira e Luís Guerreiro Pinto Cacais. 11. ed. Brasília: UnB, 1998 p. 686-705.

MELAZZO, Everaldo Santos. **Problematizando o Conceito de Políticas Públicas: Desafios à Análise e à Prática do Planejamento e da Gestão**. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, São Paulo. V. 4, nº 2, p. 9-32, 2010.

MENDES, Marcos. **Despesa com saúde e o teto de gastos no governo federal**. Instituto de Ensino e Pesquisa – Insper. Jul. 2020. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2020/07/Despesa-com-sa%C3%BAde-e-o-teto-de-gastos-no-governo-federal_Marcos-Mendes.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

MENEZES, Vládir. **A Revolução Francesa**. 1989. Disponível em: <<https://www.institutodoceara.org.br/revista/Rev-apresentacao/RevPorAno/1989/1989-ARevolucaoFrancesa.pdf>>. Acesso em 24 mai. 2022.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MÉXICO. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, de 5 de febrero de 1917. Disponível em: <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

MORAES, Ricardo Quartim de. **A evolução histórica do Estado Liberal ao Estado Democrático de Direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente**. Ano 51 Número 204 out./dez. 2014.

NASPOLINI FILHO, Archimedes. **Câmara Municipal de Criciúma: os primeiros 85 anos**. Criciúma, SC : Ed. do Autor, 2011.

NOGUEIRA, Márcia Coli. **O Tema 793 do STF e o direcionamento do cumprimento das prestações na área de saúde conforme as regras de repartição de competências estabelecidas no SUS**. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, 8(4): out./dez., 2019.

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

NOVAIS, Jorge Reis. **Contributo para uma teoria do Estado de direito: do Estado de direito liberal ao Estado social e democrático de direito**. Coimbra: Almedina, 2006.

NUNES JÚNIOR, Flávio Martins Alves. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

NUNES JÚNIOR, Flávio Martins Alves. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

NUNES, Silvio Gabriel Serrano; SERRANO, Antônio Carlos Alves Pinto. **O município da história das constituições do Brasil de 1824 a 1988**. Cadernos jurídicos, São Paulo, ano 20, nº 52, p. 153-168, novembro-dezembro/2019.

OLIVEIRA, André Luiz Mendes; NETO, Mário Sacomano; DONADONE, Júlio César. **O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.31, n.1, e200150, 2022.

PAGANINI, Juliana. **A cidadania participativa no Conselho Municipal de Assistência Social de Criciúma/SC no contexto da política nacional de assistência social.** Juliana Paganini; orientador: Reginaldo de Souza Vieira. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, Criciúma/SC, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011, p. 1. Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIXÃO FILHO, Rui Licínio de Castro. **Da Relação Existente Entre os Direitos Transindividuais e o Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.** *Unisanta Law and Social Science*; Vol. 8, Nº 2, 2019.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Curso de Direito Constitucional Descomplicado.** 14ª ed. – São Paulo, Editora Método LTDA, 2015.

PRATA, Pedro Reginaldo dos Santos. **Revisitando a História da VIII Conferência Nacional de Saúde: raízes dos dilemas e desafios do SUS.** *Com. Ciências Saúde.* 2019; 30(4):55-62.

ROBL FILHO, Ilton Norberto. **Constituição Mexicana de 1917 e os Avanços dos Direitos Sociais no Brasil.** *Revista Mexicana de Derecho Constitucional* Núm. 36, enero-junio 2017.

RODRIGUES, Bichat de Almeida; ALVES, Amaro Luiz. **Evolução Institucional da Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Brasília, 1977.

ROLIM, Leonardo Barbosa *et al.* **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS**: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROMERO, Luiz Carlos; DELDUQUE, Maria Célia. **Estudos de Direito Sanitário: A Produção Normativa em Saúde**. – Brasília : Senado Federal : Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

ROQUE, Nathaly Campitelli. **O Direito Fundamental ao Acesso à Justiça**: Muito Além da Celeridade Processual. *Revista Pensamento Jurídico – São Paulo – Vol. 15, Nº 1*, jan./abr. 2021.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 3. ed. rev. atua. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

SANTA CATARINA. TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA. Justiça Eleitoral de Santa Catarina. Eleições Municipais 2016, de 02 de outubro de 2016 - 1º Turno. Resultado da totalização. Criciúma, 2016.

SANTA CATARINA. TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA. Justiça Eleitoral de Santa Catarina. Eleições Municipais 2020, de 15 de novembro de 2020 - 1º Turno. Resultado da totalização. Criciúma, 2020.

SANTA CATARINA. TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA. Justiça Eleitoral de Santa Catarina. Eleições 2018, de 07 de outubro de 2018 - 1º Turno. Disponível em: <https://apps.tre-sc.jus.br/site/fileadmin/arquivos/eleicoes/eleicoes2018/resultados_turno_1/resultado_

final/resultado_da_votacao_por_partido_coligacao_sc_est.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Direito Previdenciário Esquemático**. Coordenador. Pedro Lenza. – 6. ed. – São Paulo: Saraiva, 2016. 1. Direito previdenciário 2. Direito previdenciário - Brasil I. Lenza, Pedro. II. Título.

SARAVIA, Enrique; ELISABETE, Ferrarezi. **Políticas Públicas**. Coletânea – Volume 1. – Brasília: Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. – São Paulo : Saraiva Educação, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; MOLINARO, Carlos Alberto. **Direito à Informação e Direito de Acesso à Informação Como Direitos Fundamentais na Constituição Brasileira**. Revista da AGU, Brasília-DF, ano XIII, n. 42, p. 09-38, out./dez. 2014.

SCHIERA, Pierangelo. [Verbete: absolutismo.] In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). **Dicionário de política**. 2 volumes. Tradução de Carmen C. Varriale, Gaetano Lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacais e Renzo Dini. Rev. geral de João Ferreira e Luís Guerreiro Pinto Cacais. 11. ed. Brasília: UnB, 1998 p. 2-7.

SCHMIDT, João Pedro. **Para Estudar Políticas Públicas: Aspectos Conceituais, Metodológicos e Abordagens Teóricas**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018.

SCHWARTZ, Germano; BORTOLOTTI, Franciane Woutheres. **A dimensão prestacional do direito à saúde e o controle judicial de políticas públicas sanitárias**. Brasília a. 45 n. 177 jan./mar. 2008.

Secretaria de Comunicação Social. Manual de redação: **Agência Senado**, Senado Notícias. Brasília: Senado Federal, 2015. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/03/13/emenda-constitucional-86-do-orcamento-impositivo-sera-promulgada-na-terca>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SILVA, Cristiane Vieira de Mello e; ALVES, Domitila Duarte. **Reflexões Sobre Sociedade e Direito**. S/d, p. 17. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/reflexoessobresociedadeedireito.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7ª ed. 2. tir. São Paulo: Malheiros, 2008. p. 80 e 81.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25ª edição, 01.2005. Malheiros Editores LTDA, São Paulo, 2005.

SILVA, José Afonso da. **O Estado Democrático de Direito**. R. Dir. adm., Rio de Janeiro, 173: 15-34, jul./set. 1988.

SOUSA, Maria Fátima de. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 8(1), 11-16, mar, 2014.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan-mar 2016.

SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. **O Direito Constitucional e as Lacunas na Lei**. Brasília a. 34 n. 133 jan./mar. 1997.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Editora MS. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

STRECK, Lênio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan. **Ciência Política e teoria do estado**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SZKLAROWSKY, Leon Frejda. **Distrito Federal: Município ou Estado e a Lei de Responsabilidade Fiscal**. R. TCU, Brasília, v. 32, n. 89, jul./set 2001.

TAYLOR, Matthew M. **O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil**. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 50, no 2, 2007, pp. 229 a 257.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4000213-65.2018.8.24.0000**. Requerente: Prefeito Municipal de Criciúma. Requerido: Câmara de Vereadores do Município de Criciúma. Relator: Desembargador Roberto Lucas Pacheco, Florianópolis, 07 de agosto. Disponível em: <www.tjsc.jus.br>. Acesso em: 19 set 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4007346-61.2018.8.24.0000**. Requerente: Prefeito Municipal de Criciúma. Requerido: Câmara de Vereadores do Município de Criciúma. Relator: Desembargador Júlio César M. Ferreira de Melo, Florianópolis, 04 de setembro de 2019. Disponível em: <www.tjsc.jus.br>. Acesso em: 19 set 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4005141-59.2018.8.24.0000**. Requerente: Prefeito Municipal de Criciúma. Requerido: Câmara de Vereadores do Município de Criciúma. Relator: Desembargador Stanley da Silva Braga, Florianópolis, 15 de maio de 2018. Disponível em: <www.tjsc.jus.br>. Acesso em: 19 set 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4021168-20.2018.8.24.0000**. Requerente: Prefeito Municipal de Criciúma. Requerido: Câmara de Vereadores do Município de Criciúma.

Relator: Desembargador Hélio do Valle Pereira, Florianópolis, 20 de março de 2019.
Disponível em: <www.tjsc.jus.br>. Acesso em: 19 set 2022.

VÁRNAGY, Tomás. **O pensamento político de John Locke e o surgimento do liberalismo**. *Em publicacion: Filosofia política moderna. De Hobbes a Marx* Boron, Atílio A. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciencias Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, USP, Universidade de São Paulo. 2006.

VICENTE, Maximiliano Martin. **A crise do Estado de bem-estar social e a globalização**: um balanço. História e comunicação na ordem internacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 214 p.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república federativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde. 2013. 540 fls. Tese (Doutorado em Direito) – Florianópolis, PPGD-UFSC, 2013.

VOLPATO, Terezinha Gascho. **A pirita humana**: os mineiros de Criciúma. Florianópolis, SC: ED. Da UFSC; Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1984.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2004.

YUNES, João. **O SUS na lógica da descentralização**. Estudos Avançados 13 (35), 1999.