

Artigo

A inclusão (tácita) do município à competência legislativa para proteção e defesa da saúde: análise sob o binômio urgência e popularização

The (tacit) inclusion of the municipality in the legislative competence for the protection and defense of health: analysis under the binomial urgency and popularization

La inclusión (tácita) del municipio en la competencia legislativa para la protección y defensa de la salud: análisis bajo el binomio urgencia y divulgación

Denner Pereira da Silva¹

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Toledo, PR.

 <https://orcid.org/0000-0002-6141-750X>

 denner.pereiraa@hotmail.com

Lucas Gabriel Martins de Lima²

Centro Universitário Univel, Cascavel, Paraná. PR.

 <https://orcid.org/0000-0002-3048-0370>

 lucasgabrielml@hotmail.com

Submissão em: 23/01/24

Revisão em: 16/08/24

Aprovação em: 16/08/24

Resumo

Objetivo: o presente estudo analisa a descentralização federalista materializada por decisões do Supremo Tribunal Federal proferidas durante a pandemia do vírus Sars-CoV-2. Com isso, objetiva-se considerar a possibilidade da inclusão tácita do município à competência concorrente legislativa na área da saúde, a partir dos elementos de popularização e urgência. **Metodologia:** o estudo pautou-se em pesquisa bibliográfica – doutrina jurídica e sanitária – e legislativa, além da pesquisa ex post facto, com a análise das causas e dos efeitos da Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 e da Ação Cível Originária 3.451, todas fundamentadas no federalismo cooperativo. **Resultados:** o reconhecimento do dever do município em legislar em defesa da saúde, especialmente na inércia dos demais entes e limitado apenas por agências reguladoras, e a existência do embate protelatório entre incompetência legislativa, urgência e popularização do sistema de saúde. **Conclusão:** concluiu-se pela inclusão tácita do município à competência legislativa na área da saúde pelas decisões do STF.

Palavras-chave: Constituição; Jurisprudência; Município; Política de Saúde.

Abstract

Objective: this study analyzes the federalist decentralization materialized by decisions of the Brazilian Supreme Federal Court rendered during the SARS-CoV-2 virus pandemic. In this context, the aim is to consider the possibility of tacitly including municipalities within the concurrent legislative

¹ Mestre em Direito, Centro Universitário Univel, Cascavel, PR, Brasil. Professor auxiliar, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Toledo, PR, Brasil.

² Graduando em Direito, Centro Universitário Univel, Cascavel, PR, Brasil.

competence in the area of health, based on the elements of popularization and urgency. **Methods:** the study is based on bibliographic research – legal and public health doctrine – and legislative research, as well as ex post facto research, analyzing the causes and effects of Direct Action of Unconstitutionality 6.341, Allegation of Violation of Fundamental Precept 672, and Original Civil Action 3.451, all grounded in cooperative federalism. **Results:** as a result, the recognition of the municipality's duty to legislate in defense of health, especially in the inertia of other entities and limited only by regulatory agencies, and the existence of a delaying clash between legislative incompetence, urgency and popularization of the health system. **Conclusion:** it was concluded that the municipality was tacitly included in the legislative competence in the area of health by the decisions of the STF. **Keywords:** Constitution; Jurisprudence; Municipality; Health policy.

Resumen

Objetivo: el presente estudio analiza la descentralización federalista materializada por decisiones del Supremo Tribunal Federal pronunciadas durante la pandemia del virus Sars-CoV-2. Con esto, se busca considerar la posibilidad de la inclusión tácita del municipio en la competencia legislativa concurrente en el área de la salud, a partir de los elementos de popularización y urgencia. **Metodología:** el estudio se basó en investigación bibliográfica – doctrina jurídica y sanitaria – y legislativa, además de la investigación ex post facto, con el análisis de las causas y efectos de la Acción Directa de Inconstitucionalidad 6.341, la Alegación de Incumplimiento de Precepto Fundamental 672 y la Acción Civil Originaria 3.451, todas fundamentadas en el federalismo cooperativo. **Resultados:** en consecuencia, el reconocimiento del deber del municipio de legislar en defensa de la salud, especialmente en la inercia de otras entidades y limitada solo por las agencias reguladoras, y la existencia del choque dilatorio entre la incompetencia legislativa, urgencia y popularización del sistema de salud. **Conclusión:** se concluye que el municipio está tácitamente incluido en la competencia legislativa en materia de salud por las decisiones del STF.

Palabras clave: Constitución; Jurisprudencia; Municipio; Política sanitaria.

Introdução

O Brasil demarca sua competência territorial em três entes federativos: União, estados e municípios³. A atuação dos municípios, em matéria de saúde, está positivada na Lei nº 8.080/90 (Lei do SUS)⁽¹⁾ e nos artigos 23 e 30 da Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁽²⁾, que fixam questões de interesse local – a ponto de sobejar inclusive apenas na competência comum administrativa dos entes. Em consequência, o poder municipal não consta no art. 24 da CF/88⁽²⁾, que dispõe o rol de entes competentes para legislar em defesa da saúde.

O município, porém, possui competência administrativa, prevista no art. 23, II, da CF/88, para executar o que a legislação prevê na esfera sanitária. Também incumbe, ao poder municipal, cuidar da saúde, conforme art. 23, II, da CF/88⁽²⁾, em atenção ao federalismo cooperativo, que propõe a substituição da predominância da competência privativa de um só ente federativo em favor da atuação conjunta de todos os entes⁽³⁾.

³ Não se ignora a existência do Distrito Federal, que pode excetuar certos aspectos federativos, porém, com o intuito de evitar alongamentos, o estudo é estruturado em consonância com a regra: Municípios, Estados e União.

Apesar da ausência de previsão expressa do município no texto da competência concorrente, positivada no art. 24, inciso XII, da CF/88⁽²⁾, a jurisprudência recente, resultado do desenlace da crise sanitária do vírus SARS-CoV-2, demonstra flexibilidade ante a competência local, ao possibilitar que o município legisle na inércia dos demais entes, ainda que, antes da pandemia, houvesse a centralização da competência legislativa em favor da União, justificando-se o presente estudo.

Dentre a jurisprudência, destacam-se a Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341 (ADI 6.341), a Ação Cível Originária 3.451 (ACO 3.451) e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 (ADPF 672), nas quais se discutiu, respectivamente, a competência legislativa de cada ente federativo no combate ao vírus Sars-CoV-2⁽³⁾; a competência dos entes federativos para adotar medidas de imunização durante a pandemia⁽⁴⁾; e a possibilidade de atuação dos entes federativos na inércia da União, quanto aos cuidados da saúde⁽⁵⁾.

Ao explorar as disposições da ADI 6.341, ACO 3.451 e da ADPF 672, em intercâmbio com os demais julgados do período da pandemia, constata-se que o Supremo Tribunal Federal tem como peculiaridades da saúde a popularização sanitária, pelo conceito de municipalização, e a urgência, por meio da cláusula norte-americana *presumption against preemption*⁴.

Em razão dessa lógica jurídica intrínseca à saúde, o presente estudo analisa a descentralização federalista materializada por decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) proferidas durante a pandemia do vírus Sars-CoV-2. Assim, objetiva-se considerar a possibilidade da inclusão tácita do município à competência concorrente legislativa na área da saúde, a partir dos elementos de popularização e urgência.

Metodologia

O estudo, de metodologia dedutiva, valeu-se da pesquisa exploratória qualitativa por meio da revisão bibliográfica⁽⁶⁾, com base em artigos, dissertações, teses e livros, físicos e virtuais, de autoria de teóricos do direito constitucional, direito municipal, direito administrativo, direito sanitário e da saúde pública.

A seleção dos textos analisados tornou-se possível com o uso de plataformas acadêmicas virtuais, com ênfase na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) que, com a sinalização das palavras-chave “saúde”, “federalismo”, “competência” e “pandemia”, disponibilizou diversos estudos recentes sobre o tema.

Ainda, ressalta-se a pesquisa *ex post facto*⁽⁶⁾, com a análise das causas e efeitos da jurisprudência. Em razão da predominância teórica do tema – doutrina jurídica e sanitária –, não houve aplicação prática afora à análise das causas, termos e efeitos da Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341 (ADI 6.341), da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 (ADPF 672) e da Ação Cível Originária 3.451 (ACO 3.451).

⁴ Presunção contra a preempção, isto é, presunção contra a preferência irrestrita da norma federal.

Quanto à escolha das decisões acima, verificou-se que a ADI 6.341, a ADPF 672 e a ACO 3.451 fundamentaram as demais discussões do STF ao instituir elementos utilizados durante toda a pandemia, como a urgência e a municipalização, e assim consideradas decisões paradigmas, como demonstram os múltiplos estudos analisados durante o texto. Dentre as demais decisões proferidas na pandemia, verifica-se maior vinculação do debate a cada caso concreto. Logo, em caso de opção pela análise daquelas, a metodologia dedutiva (partir de um todo em direção ao específico) se configuraria inválida⁽⁶⁾.

No decorrer do estudo, a pesquisa documental⁽⁶⁾ tornou-se imprescindível à análise fática da interpretação legal vigente, devido ao hiato entre a legislação e a interpretação. Com isso, examinou-se o relatório da Conferência Nacional de Saúde de 1992 – por ser precursora da municipalização como meta e objetivo da saúde pública –, que foi colocado em cotejo com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Plano Nacional de Saúde vigente de 2020 a 2023 e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS).

Com o fim analítico-comparativo das três vertentes do tema, quais sejam, legislação, jurisprudência e doutrina, buscou-se concretizar o supramencionado objetivo da pesquisa.

A competência legislativa na área da saúde

A saúde reside no campo dos direitos executados por meio de políticas públicas e deve ser estudada sob a ótica da interdependência⁽⁷⁾. A interdependência pressupõe esforços coletivos e recíprocos deveres; cabe a todos os entes federativos gerir a saúde, como dispõe a CF/88: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado⁵⁾⁽²⁾”.

Os municípios possuem “(...) capacidade de auto-organização, autogoverno, autoadministração e autolegislação”(8, p. 3390-3392) e são incumbidos do poder-dever de conduzir, na prática, a saúde pública, nos termos da competência comum administrativa do art. 23, inciso II, da CF/88(2).

A legislação também dispõe a competência concorrente legislativa – “nos quais a União estabelece as regras gerais, a serem suplementadas pelos Estados, Distrito Federal e pelos Municípios (BRASIL, 1988, arts. 24 e 30, II)”^(9, p. 220). Há de se mencionar que o art. 24 da CF/88 vincula os estados às competências complementar⁶ e colmatadora⁷, enquanto limita os municípios à promulgação de normas não concorrentes subordinadas às normas gerais federais. Assim, caso não exista norma geral federal, o município é incompetente, com exceção dos casos de aplicação da regra extraordinária do interesse local⁽¹⁰⁾.

⁵ O conceito de Estado, ao considerar a disposição constitucional elencada, refere-se a todos os entes federativos e determina um dever comum, regulado, principalmente, pela Lei n. 8.080/90, que dispõe no art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”⁽¹⁾.

⁶ Competência que possibilita ao Estado suplementar normas particulares, se já formuladas as normas gerais pela União⁽¹⁰⁾.

⁷ Competência que possibilita ao Estado estabelecer normas gerais para a edição de normas particulares somente válidas em seu âmbito de autonomia⁽¹⁰⁾.

Contudo, mesmo com a predominância do interesse local, é obrigatória a existência de norma federal que estabeleça parâmetros para o município legislar. Portanto, a maior contribuição do dispositivo do interesse local não é a possibilidade de atuação imediata do município (como ocorre nas Súmulas Vinculantes 38⁸ e 42⁹ do STF), mas sim o seu efeito reflexo: a descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde, nos termos do art. 198 da CF/88 e do art. 7º da Lei nº 8.080/1990 (Lei do SUS).

Com o entendimento de que o município tem o poder-dever de executar as exigências da saúde – competência comum administrativa (artigo 23 da CF/88) –, a discussão do estudo formula-se ante a competência municipal no âmbito concorrente legislativo (artigo 24 da CF/88), haja vista que o município não possui, em tese, competência legislativa em defesa da saúde. Ao tratar da legislação, não se assoma a execução ao diálogo, mas procura-se motivar outros estudos a suscitar alterações nas competências administrativas, com base nas alterações legislativas, uma vez que a atuação material reside nos limites da atuação formal.

A popularização da saúde

As finalidades sociais da defesa da saúde edificam-se por meio dos conselhos de políticas públicas, principalmente em âmbito municipal. Com os conselhos, possibilita-se que as decisões políticas sigam o interesse público e adequem-se à necessidade coletiva⁽¹³⁾.

A sociedade pós-positivista recorre à popularização da saúde pública por meio dos Conselhos de Saúde e das plenárias; tende-se a prescrever a participação da sociedade civil e a cidadania prática como remédio social⁽¹⁴⁾. Trata-se da mitigação das competências materiais do Estado à comunidade, com início nos ambientes físicos mais próximos e primários aos cidadãos.

Nesse sentido, exsurge a municipalização – tema da IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS)⁽¹⁵⁾ –, conceito concretizado pelo “Desenvolvimentismo Sanitarista”, de Mário Magalhães da Silveira, que busca a adequação de uma nova sociabilidade, com o intuito de aproximar a saúde da democracia, ao facilitar o acesso a um sistema salubre⁽¹⁶⁾.

A conferência elenca como meta a descentralização e a efetivação do comando local do Sistema Único de Saúde, respeitadas as autonomias regionais. No mesmo sentido, a Lei do SUS, art. 7º, incisos VIII e IX, alíneas “a” e “b”, dispõe os princípios da participação da comunidade e da descentralização político-administrativa da saúde, com comando local hierarquizado e regionalizado em cada município⁽¹⁾.

⁸ Determina que cabe ao Município a fixação do horário de funcionamento de estabelecimento comercial, devido à existência do interesse local⁽¹¹⁾.

⁹ Institui a inconstitucionalidade da vinculação do reajuste de vencimentos de servidores estaduais ou municipais a índices federais de correção monetária, devido ao interesse local e aos recursos disponíveis em cada Município ou Estado⁽¹²⁾.

Esses princípios que regem a Lei do SUS são elementos originários da municipalização que, de saída, apresenta a ênfase na descentralização para o município e a participação dos munícipes nas decisões em defesa da saúde.

A municipalização ultrapassa o simples repasse de recursos, pois define o município como legislador, gestor e executor dos serviços sanitários. Trata-se da efetivação de um “conjunto de capacidades técnicas e administrativas de razoável complexidade para que a autoridade municipal possa planejar, avaliar, auditar, financiar e controlar a rede hospitalar instalada no município”^(17, p. 472), além dos serviços ambulatoriais e preventivos.

A municipalização e, em consequência, a popularização da saúde, é positivada com a Lei do SUS, devido aos movimentos públicos supracitados que preconizam a apresentação desse conceito para o legislador, apesar de estar presente desde as primeiras discussões do sistema de saúde.

Contudo, no âmbito legislativo, a autoridade local não possui a prerrogativa dos estados em suplementar normas particulares ou estabelecer normas gerais válidas em seu âmbito de autonomia⁽¹⁰⁾. Os municípios, apesar da teorização da municipalização, permaneceram à mercê do hiato normativo até o momento das recentes decisões do STF – com a alteração do viés centralizador para o descentralizador –, pautadas na popularização da saúde e no federalismo cooperativo.

A urgência da saúde: direito à vida

São da natureza da saúde a urgência e a prevenção, dispostas, inclusive, como um dos objetivos do SUS⁽¹⁾. A morosidade da saúde pública afeta o direito à vida; logo, a urgência é intrínseca ao sistema de saúde. Também é possível classificar a saúde como o incipiente que, porventura, questiona as inúmeras exigências formais que impedem a celeridade: a lentidão do sistema de saúde afeta o direito fundamental à subsistência.

Em sentido amplo, com atenção à celeridade, o Plano Nacional de Saúde (PNS), em vigência de 2020 a 2023, concomitante à 16ª Conferência Nacional de Saúde, dispõe a competência comum dos entes, por meio de uma política de gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada⁽¹⁸⁾. Espera-se que, diante da governabilidade local, a administração hospitalar, os serviços ambulatoriais e todo o conjunto da saúde apresentem rápida prestação.

Já em sentido estrito, a urgência apresenta-se pela cláusula norte-americana *presumption against preemption*, que impede a presunção de prevalência da norma federal sobre as demais, exceto em casos de expressa contrariedade material entre as normas⁽¹⁹⁾. Entende-se que a lei federal não deve impedir, por antecipação, a promulgação da lei estadual ou municipal.

No federalismo, não há base para a supressão prévia de uma norma, exceto em caso de controle de constitucionalidade⁽²⁰⁾. A regra procura evitar a censura dos cidadãos locais e, em concomitância, aproximar o sistema do ideal de democracia, ao permitir que medidas específicas sejam tomadas em determinados locais por meio do voto majoritário da comunidade⁽²¹⁾.

Da “urgência” evidenciam-se dois princípios: subsidiariedade e proporcionalidade. Com pauta em ambos, o sistema de saúde deve permitir que todos os entes legislem para definir o mais capaz à

concretização das necessidades da população. Considera-se ilegítima apenas lei local ou regional que se impuser, expressamente, contra lei federal de mesma matéria⁽²¹⁾.

Consoante ao posicionamento da Ministra Carmem Lúcia na ADI 6.341, é possível resumir a subsidiariedade e a urgência como: “tudo aquilo que o ente menor pode fazer de forma mais rápida, econômica e eficaz não deve ser feito pelo ente maior”^(3, p. 134).

A urgência, como a popularização, é anterior à pandemia e, inclusive, sempre esteve presente no sistema de saúde, em momentos de crise sanitária e normalidade, mas, apenas com as recentes decisões do STF, foi utilizada como fundamento para a descentralização e a cooperação dos entes no sistema de saúde.

As decisões do Supremo Tribunal Federal

Infere-se, por meio dos entendimentos dos ministros do STF proferidos durante a pandemia do SARS-CoV-2, que as decisões-símbolo (ADI 6.341, ADPF 672 e ACO 3.451) elaboram-se sobre dois pilares: federalismo cooperativo e interpretação teleológica. Ambos são considerados pilares por serem elencados com frequência nas decisões e, conforme será demonstrado abaixo, fornecerem base à discussão da competência legislativa sanitária.

O federalismo cooperativo, configurado na coparticipação dos entes, é regularmente considerado desde a implantação do sistema federalista, mas apenas com os recentes precedentes pautou-se a descentralização da saúde.

A interpretação teleológica espelha o pensamento de Rui Barbosa, que condena a “hipertrofia dos poderes da União”⁽²²⁾. O ordenamento jurídico estipula a intervenção federal como exceção, nos termos dos artigos 34 e 35 da CF/88. Destarte, a teleologia dissipa a censura prévia da lei local, ao permitir a atuação do município que, em grande parcela, pode ser o ente mais capacitado, como ocorre no exemplo de Rui Barbosa:

Em Pernambuco e no Amazonas, Rui não tinha interesse político, senão de ordem institucional, mas reagiu à subversão com a mesma energia. No caso do Amazonas, analisou e criticou a violência, em discursos e pareceres, comprovando que “o bombardeio de Manaus, a deposição do Governador pelas armas federais é extrema de anarquia e selvageria, cuja explosão inesperada nos acabrunha”. Depois de demonstrar que a solução legal estaria entre as autoridades locais, sobretudo no Legislativo, condenou a hipertrofia dos poderes da União, sua “tendência absorvente” de “converter o Governo Federal em interventor contínuo da vida constitucional do Estado”^(22, p. 9).

Mesmo que não houvesse comprovação de maior capacidade em favor do ente local, a inércia e a omissão dos demais entes são causas hábeis a justificar a iniciativa legislativa local. Grande parcela dos direitos positivos, concretizados por meio das políticas públicas, depende da ação governamental. Portanto, “se um dos poderes não exercer seu papel, compete aos outros suprimir sua falta”^(23, p. 294).

Uma vez que o federalismo é cláusula pétrea (inalterável), conforme o art. 60, § 4º, I, da CRFB, a jurisprudência dispõe a popularização e a urgência da saúde sem alterações expansivas, apenas como prática de uma atuação estatal descentralizada e adequada a todos os entes⁽²⁴⁾.

Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341

A Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, julgada em sessão realizada em 15 de abril de 2020, apresenta-se como o elo entre o teor normativo e a interpretação teleológica, como clamam as palavras do Ministro Luiz Fux⁽³⁾. Insta esclarecer que, com a análise dos argumentos exarados pelo plenário do tribunal, a teleologia surge em favor da popularização e da urgência da saúde, pelo que se transcorrerá a seguir.

No contexto da decisão, reside a tese da comunhão legislativa. Em regra, a legislação municipal é limitada ao interesse local. Todavia, o STF afirma a subsidiariedade do interesse local ao demonstrar que o legislador do município é limitado apenas pelo conhecimento técnico dos órgãos reguladores, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a fim de analisar a matéria do ato legislativo desvinculada à comprovação da predominância de interesse⁽³⁾.

Evita-se a irregularidade da aplicação do princípio da predominância de interesses, utilizado como fundamento para a centralização da saúde ao poder federal em algumas decisões e, em outras, para a descentralização da saúde com vistas ao governo único de cada ente⁽²⁵⁾.

As formalidades legislativas alcançam todos os entes: “O exercício da atividade legislativa concretiza-se com a elaboração de espécies normativas que formalizam a ação parlamentar e consolidam a ideia política”^(26, p. 38). Logo, não há como impedir a atuação municipal com base no processo legislativo, pois se trata de requisito também exigido para a atuação dos estados e da União.

Quanto ao crivo dos órgãos autônomos, todos os entes estão vinculados aos requisitos estipulados pela ANVISA, definida pela Lei nº 9.782/99. Conforme as considerações do Ministro Luiz Fux⁽³⁾, as agências reguladoras destacam-se pela *expertise* quanto à atividade que gerem, e devem ser tomadas como base para a conduta de qualquer ente.

Mas conforme decidiu-se, a inércia de um ente político não pode impedir a atuação de outro. O Ministro Edson Fachin posiciona-se a favor da municipalização, devido à proteção prevista no artigo 7º, IX, “a”, da Lei do SUS. O Ministro reitera que a hierarquização da saúde está no fato de cada ente possuir, em seu território, um comando único, não na suposição de que a União está acima do estado ou do município⁽³⁾. Também, demonstra afinidade à cláusula *presumption against preemption*, em razão da cooperação legislativa promovida pelo federalismo:

Dito de outro modo, na organização das competências federativas, a União exerce a preempção em relação às atribuições dos demais entes e, no silêncio da legislação federal, têm Estados e Municípios a presunção contra essa preempção, a denominada “*presumption against preemption*” do direito norte-americano. O Congresso Nacional poderá, se assim o entender, regular, de forma harmonizada e nacional, determinado tema ou política pública. No entanto, no seu silêncio, não se pode tolher o exercício das competências dos demais entes na promoção de direitos fundamentais.^(3, p. 38)

O plenário acresce ao debate a própria urgência (também tratada durante o estudo) como uma das especificidades da saúde. Nas palavras do Ministro Fachin, o STF deve analisar a matéria da norma em debate antes de julgar incompetente o legislador. Caso a norma local não ofenda o conteúdo constitucional e os direitos fundamentais, não há necessidade em declará-la nula, sob pena de limitar-se ao julgamento do ente, sem considerar o verdadeiro objetivo de fiscalizar a norma: verificar os princípios que a fundamentam e sua conformidade com o ordenamento jurídico⁽³⁾.

Os julgadores descrevem a unidade e a diversidade da federação, por meio da dinamicidade do federalismo, que se rearranja historicamente, de modo uníssono ou desarmônico. Ao ultrapassar os limites técnicos e buscar medidas protetivas para a saúde, o federalismo vence a ideia de poderes exclusivos a cada um dos entes. As áreas de competência privativa são alteradas para o modelo de cooperação, como apresentam os estudos de Karl Loewestein⁽³⁾.

Em atenção ao referido conceito de federalismo evolutivo de Rui Barbosa, os ministros apresentam um sistema federativo coeso, preciso, cooperativo e atento à matéria. São dispostos o pensamento unitário e a permissão legislativa a todos os entes, na medida de suas capacidades e exigências.

O plenário demonstra um cenário de primazia da matéria, motivada pela popularização (municipalização) da saúde, junto à urgência resumida pontualmente pela Ministra Carmem Lúcia: “o cidadão, no auge do sofrimento, baterá à porta dos prefeitos, que deverão falar sobre o que é necessário em contingências e condições específicas”^(3, p. 105).

A decisão, assim como os demais julgados do STF durante a pandemia, é pautada no Federalismo Cooperativo que, implicitamente, fundamenta-se na urgência e na popularização para permitir a atuação autônoma do município.

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672

A ADPF 672, com liminar julgada em 08 de abril de 2020, também dispõe sobre a cooperação dos entes e a descentralização do sistema de saúde. O Ministro Alexandre de Moraes afirma a atuação em conjunto de todos os entes federativos como única possibilidade de defesa do interesse público e do bem-estar da sociedade⁽⁵⁾. O ministro compele a União a não intervir em iniciativas estaduais ou municipais que obedeçam ao regulamento dos órgãos técnicos, como Anvisa, OMS e institutos de pesquisa, devido à ausência de fundamento constitucional para a intervenção⁽⁵⁾.

É de aparente gravidade que a inação dos governos federal e estadual impeça os municípios de implementar políticas públicas essenciais ou que a União deixe de financiar e fornecer apoio logístico integral em favor dos demais entes, por ser a esfera mais comum e ampla do país⁽⁵⁾.

Interconectada com as demais decisões, a Ação Cível Originária 3.451 (ACO 3.451), abaixo tratada em detalhes, ratifica a necessidade do apoio mútuo entre os entes federativos, justamente por se tratar de poder-dever de cada ente a “efetivação do direito à saúde da população no âmbito de seus territórios”^(4, p.5).

Logo, apesar de o município não possuir competência originária para legislar em defesa da saúde – direito fundamental –, o entendimento jurisprudencial confere-a ao município, com a finalidade de evitar a morte ou o grave sofrimento causado por sua violação ou pela inação dos entes⁽²⁷⁾.

Ação Cível Originária 3.451

Com a finalidade de suprir possíveis omissões do ente federal, e fundamentado novamente no federalismo cooperativo, o STF, na pessoa do Ministro Ricardo Lewandowski, dispôs em medida cautelar na ACO 3.451, com julgamento em sessão virtual na data de 23 de abril de 2021, a atuação legislativa ativa de todos os entes, inclusive do município, em defesa da saúde⁽⁴⁾.

Assim como nas decisões anteriormente elencadas, a ACO 3.451 demonstra grande apego à popularização e à urgência da saúde, elementos que pautam, dentre os demais direitos fundamentais, uma postura distinta no âmbito da saúde, focalizada na celeridade. Contudo, com a decisão cautelar, também é apresentado um dos principais objetivos do sistema de saúde: a prevenção.

O STF reconhece a medicina preventiva e reafirma a participação da comunidade no âmbito da saúde, com a descentralização político-administrativa, haja vista que as medidas de prevenção são determinadas localmente pelo ente mais próximo da população e com base em regras e normas gerais⁽⁴⁾. Ainda, há fundamentação da Corte no sentido de que a saúde é direito social e coletivo e, portanto, precede a autoridade do governo eleito, sendo dever intrínseco ao Estado (União, estados, Distrito Federal e municípios), apartado de qualquer agenda político-eleitoral.

Há posicionamento idêntico ao supramencionado por parte do Ministro Edson Fachin, ao afirmar a existência de obrigações de Estado, quais sejam, respeitar, proteger e realizar os direitos fundamentais, dentre esses a saúde. Assim, é descartada a existência exclusiva de obrigações de governo, como o cumprimento das promessas eleitorais. Pelo contrário, as obrigações de Estado, enquanto unidade de todos os entes, independem de qual seja o governo eleito e devem ser priorizadas por todos os entes em conjunto⁽⁴⁾.

Com isso, há base das decisões na urgência e na popularização, sempre presentes na esfera sanitária, em decorrência da noção de que os direitos sociais são populares por serem destinados e promovidos por todos, e urgentes, devido à medicina preventiva e à medicina curativa: ambas exigidas para o bem-estar antes e após a identificação da enfermidade⁽²⁸⁾.

Inclusão tácita do município à competência legislativa

É coerente que o município não legisle para cidadãos de outro território. Contudo, a lei local revela peculiaridades que podem agregar em diversas esferas de atuação, apesar de não abarcadas pelo interesse local. A reprimenda do dispositivo legal municipal, de maneira anterior à execução da legislação própria, permite discrepâncias regionais contrárias às peculiaridades nacionais e à heterogeneidade municipal, em todos os âmbitos⁽²⁹⁾.

Pela participação municipal efetiva-se maior plenitude da democracia, que se concretiza em seu território e induz o desenvolvimento estadual e federal, por meio de iniciativas locais autônomas. É a

participação do Município que possibilita a visão de um caminho de apreciação da popularização e da urgência.

A permissibilidade da legislação local, em outros termos, adapta-se às especificidades da saúde. Ao aplicar a urgência e a popularização, a jurisprudência do STF configura um cenário de potência dos entes locais e permite que as autoridades implementem políticas segundo a capacidade de cada município:

Em outras palavras, a cláusula do interesse local deve restringir o escopo de atuação do Município, quando as suas particularidades prejudiquem a fruição de políticas públicas por parte dos seus cidadãos, e deve embasar políticas públicas mais audaciosas àqueles entes locais que podem efetivamente implementá-las.^(30, p. 262)

Impedir o município de legislar, principalmente em casos de inércia federal, corresponde a reduzir os caminhos possíveis à concretização dos objetivos do sistema de saúde, ao menos legislativamente.

O sistema analisado configura-se em prol da transferência de poder dos níveis centrais aos periféricos⁽²⁷⁾, a fim de cumprir com as especificidades da saúde, mas não pressupõe, no mérito, reverter qualquer colapso governamental: a inclusão do município não se dispõe a resolver complicações inerentes ao sistema de governo, mas é reprovável permitir que a inércia dos entes infirme a atuação municipal.

Interesse local, inércia dos entes e comparação municipal

Torna-se crível questionar se a descentralização se aplica em desfavor do fundamento constitucional de erradicação da desigualdade regional, previsto no art. 3º, inciso III, da CF/88⁽²⁾. Visivelmente, a Constituição refere-se, ao tratar desse fundamento, à heterogeneidade municipal e regional, posto que a polarização das regiões atrai investimentos às localidades mais desenvolvidas e deixa de favorecer as regiões em desenvolvimento⁽³¹⁾.

Lucas Verderosi afirma que a omissão regional não deve limitar a atitude local, porquanto as áreas de impacto local sempre constam na esfera do interesse local, que deve evitar a insegurança jurídica causada pelas omissões dos demais entes⁽³²⁾.

Em face da visão contrária, apresenta-se a possibilidade dos municípios de implementar políticas conforme suas próprias capacidades. Logo, não cabe exigir a limitação de um município com base na situação momentânea de outro⁽³⁰⁾.

Com a implantação do município, quando da adaptação do modelo norte-americano ao Brasil, o ente local foi estabelecido com grande valor para o federalismo. Portanto, o interesse local é instituto favorável ao município, ao ponto que fortalece sua atuação em momentos de concorrência legislativa, além de priorizar sua atuação quando é essencial que a comunidade participe do processo legislativo, e, assim, não deve ser limitado senão pela legislação.

Descentralização e novo entendimento do STF

Em forma de diálogo com estudos recentes, é imperioso citar a contribuição de Miguel Gualano de Godoy e Renata Naomi Tranjan⁽²⁵⁾, que dispuseram sobre a alteração de paradigmas do STF, por meio da análise das decisões proferidas antes e durante a pandemia do Sars-CoV-2.

O estudo conclui que, antes da pandemia, o STF estabeleceu o paradigma de centralização dos atos legislativos vinculados à saúde em favor da União, com fulcro na predominância dos poderes. Contudo, em tempos de pandemia, inverteu-se o paradigma para a descentralização dos atos legislativos, agora em favor dos entes locais, com fulcro no federalismo cooperativo e nos elementos supracitados com a transcrição sumária da ADI 6.341 e da ADPF 672⁽²⁵⁾.

Jeison Heiler, Lucas Busemayer e Patrick Kaminski⁽³³⁾ também concluem que o federalismo adotado pelo Brasil foi eficiente no combate do Sars-Cov-2, devido à pauta na autonomia dos entes federativos. Os pesquisadores compreendem que a ADI 6.341 e a ADPF 672 – analisadas neste estudo – não são isoladas, mas tratam-se de decisões-símbolo dos parâmetros aplicados pelo STF durante e após a pandemia.

Os estudos lastreados nessas esferas analisam esses fundamentos, especialmente a descentralização. Ainda, apesar de antigas, a urgência e a popularização são executadas apenas com as decisões recentes, tanto em favor da descentralização quanto dos princípios da subsidiariedade e da proporcionalidade.

Conclui-se pela inclusão tácita do município à competência legislativa, devido ao poder-dever coletivo de cuidado à saúde. A explicação prática para a inclusão foi a alteração de paradigma do STF, com pauta no federalismo cooperativo, todavia, de modo implícito, a possibilidade foi concretizada devido à popularização e à urgência.

Conclusão

A solução pode estar entre as autoridades locais. Demonstra-se que a jurisprudência reconhece a capacidade material do município, ainda que tacitamente, e que a limitação da legislação local reside apenas em relação à validade – cumprimento dos requisitos constitucionais formais e materiais – e à expertise dos órgãos autônomos técnicos, como a ANVISA e os institutos de pesquisa.

Como capacidade material, tem-se a ideia de que o município obedece às especificidades da saúde pública apresentadas desde o movimento sanitarista desenvolvimentista: a urgência e a popularização, conhecidas pela aplicação da *presumption against preemption* e da municipalização. Por meio delas, pautou-se a descentralização federalista nas decisões do STF.

Ao realizar o cotejo entre os posicionamentos do STF anteriores à pandemia – com base nos estudos referenciados – e as decisões paradigmas acima elencadas, não se verifica apenas a ratificação das competências comum e concorrente, mas a classificação da atuação do município, em conjunto com os demais entes, como forma de materialização do Federalismo Cooperativo: conclusão despercebida antes da pandemia.

O objetivo da inclusão do município na competência concorrente legislativa é possibilitar de forma célere o acesso da comunidade a um sistema sanitário salubre, com acesso próximo à saúde, além de clareza local ao gerir tal direito: o legislador local possui, em tese, a vontade da comunidade como fator primário e imediato.

Sob a ótica municipalista, há novas maneiras de pensar a cooperação dos entes, conforme o federalismo evolutivo trabalhado por Rui Barbosa. Ao suscitar a racionalidade coletiva, o Poder Judiciário não ultrapassa sua função típica, mas apenas interpreta o federalismo cooperativo da forma adequada.

Como conclusão, existem visões distintas à inclusão do legislador local à sede de concorrência legislativa em defesa da saúde. Contudo, os pontos de síntese dos autores, complementados pela jurisprudência contemporânea, indicam que, teoricamente, há uma oportunidade de incluir a visão local à esfera da competência constitucional concorrente ou, subsidiariamente, ampliar a esfera do interesse local.

Não é razoável concluir, taxativamente, que incluir o município seja a solução para a mora do sistema de saúde. A inclusão do município reside, de maneira tácita, na lógica jurídica atual, mas é necessária sua análise empírica: processo pelo qual são esperadas lacunas teóricas e práticas inesgotáveis.

Cuida-se de uma trajetória de descentralização que se encontra apenas no início, todavia, com ou sem municipalização, é o(a) prefeito(a) que aguarda, à sua porta, cidadãos que clamam por auxílio improrrogável do sistema de saúde.

No momento presente, há precedentes constitucionais de que o governo, em suas três esferas, reafirme o modelo de federalismo cooperativo descentralizado, com a inclusão de todos os entes no processo legislativo, inclusive do Município, devido às consequências da desatenção com a popularização e com a urgência da saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Phillip Gil França, pelas orientações iniciais em Trabalho de Curso.

Contribuição dos autores

Denner Pereira da Silva contribuiu com a revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Lucas Gabriel Martins de Lima contribuiu com a concepção/desenho e redação do artigo, e com a análise e interpretação de dados.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistente editorial: Rocha DSS

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. Brasília, DF: Congresso Nacional, 19 set. 1990 [citado em 11 jan. 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 5 de outubro de 1988 [citado em 13 jan. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
3. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341. Direito Constitucional. Direito à Saúde. Emergência Sanitária Internacional. Lei 13.979 de 2020. Competência dos Entes Federados para legislar e adotar medidas sanitárias de combate à epidemia internacional. Hierarquia do Sistema Único de Saúde. Competência Comum. Medida cautelar parcialmente deferida. Requerente: Partido Democrático Trabalhista; Requerido: Presidente da República; Rel.: Min. Marco Aurélio; Brasília, DF, 15 abril 2020 [citado em 25 dez. 2022]. Íntegra disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183>.
4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Cível Originária 3.451. Tutela de Urgência em Ação Cível Originária. Concessão monocrática. competência comum dos entes federados para cuidar da saúde. arts. 23, ii, e 196 da cf. federalismo cooperativo. Requerente: Estado do Maranhão; Requerido: União; Rel.: Min. Ricardo Lewandowski; Brasília, DF, 24 de fevereiro de 2021 [citado em 25 dez. 2022]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=756098795>.
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672. Pandemia do coronavírus (covid-19). respeito ao federalismo. Lei federal 13.979/2020. Medidas sanitárias de contenção à disseminação do vírus. Requerente: Conselho Federal da OAB; Requerido: Presidente da República; Rel.: Min. Alexandre de Moraes; Brasília, DF, 13 out. 2020 [citado em 25 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/externo/ADPF672liminar.pdf>.
6. Gerhardt T, Silveira D. Métodos de Pesquisa. EAD: Série Educação a Distância. 1ª ed. UFRGS: 2009.
7. Oliveira FB de; Kasznar IK. Saúde, Previdência e Assistência Social: políticas públicas integradas, desafios e propostas estratégicas. 1ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. Ebook Pearson Digital [citado em 10 jan. 2023].
8. Martins F. Curso de Direito Constitucional. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book [citado em 15 jan. 2023].
9. Mohn P. A repartição de competências na Constituição de 1988. Revista de Informação Legislativa, vol. 47, n. 187, jul/set 2010, p. 215 [citado em 10 jan. 2023]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198704>
10. Ferraz Junior TS. Normas gerais e competência concorrente: uma exegese do art. 24 da Constituição Federal. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP. 1995 [citado em 13 jan. 2023]; 1(90):245-251. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67296>
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante 38. É competente o Município para fixar o horário de funcionamento de estabelecimento comercial. Brasília, DF, 9 maio 2008 [citado em 18 dez. 2022]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=2183#:~:text=%C3%89%20competente%20o%20Munic%C3%ADpio%20para,de%20funcionamento%20de%20estabelecimento%20comercial.&text=No%20caso%2C%20verifico%20que%20a.I%2C%20da%20CF%2F1988>.
12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante 42. É inconstitucional a vinculação do reajuste de vencimentos de servidores estaduais ou municipais a índices federais de correção monetária. Brasília, DF, 28 maio 2010 [citado em 18 dez. 2022]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=2222>.
13. Liporoni AA. A defesa da saúde pública através dos conselhos municipais de saúde. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2017 [citado em 21 mar. 2023]; 2:335-345 Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955351010/html/>
14. De Moura MR. A disputa pelo direito à saúde na contemporaneidade: uma análise da defesa de interesses nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. [Tese] Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Recife: [Internet], 2018. fls 293 [citado em 19 mar. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32759>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 14 ago. 1992 [citado em 25 nov. 2022]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_9.pdf
16. Borges CF, Baptista TWF. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Jan-Mar de

2021 [citado em 23 nov. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100005>

17. Arretche M, Marques E. Municipalização da Saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro/RJ, 17 jul. 2007 [citado em 15 maio 2023]; 7(3):455-479 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300006>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília: fev. 2020 [citado em 6 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

19. Davis MJ. The “New” Presumption Against Preemption. *Hastings Law Journal*. University of Kentucky, 28 out. 201 [citado em 6 fev. 2023]; 61(5):1217-1255. Disponível em: https://uknowledge.uky.edu/law_facpub/66/

20. Adkins BL, Pepper AH, Sykes JB. Federal Preemption: A Legal Primer. Congressional Research Service. Congresso: Washington, DC, EUA, 18 maio 2023 [citado em 16 maio 2023]; 1-29. Disponível em: <https://sgp.fas.org/crs/misc/R45825.pdf>

21. Verderosi LR. Interpretação do Interesse (público) Local: conflitos e critérios de decisão antes e depois da COVID-19 à luz dos princípios da Preponderância de Interesses, Subsidiariedade e Proporcionalidade. *Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Município de São Paulo*. 2021 [citado em 2 mai. 2023]; 1(11): 93-14. Disponível em: <https://pgmsp.net/ojs/index.php/rjpgm/article/view/8>

22. Marinho J, Rui Barbosa e a Federação. *Revista de Informação Legislativa*. 1996 [citado em 1 jan. 2023]; 33(130):5-12. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/176446>

23. Leal MC, De Moraes MV. O supremo tribunal federal e o discurso da implementação de políticas públicas na jurisprudência brasileira: a atuação justificada na omissão. *Barbarói*. 2016 [citado em 15 ago. 2023]; (47):289-302. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i47.9571>

24. Pereira CQ. Federalismo cooperativo e segurança jurídica. *Cadernos Jurídicos*. São Paulo. 2021 [citado em 2 ago. 2023]; 22(59):21-38. Disponível em: <https://epm.tjsp.jus.br/Publicacoes/CadernoJuridico/70971?pagina=1>

25. De Godoy MG, Tranjan RN. Supremo Tribunal Federal e federalismo: antes e durante a pandemia. *Revista Direito FGV*. São Paulo. 2023 [citado em 20

ago. 2023]; 19:1-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202311>

26. Mato Grosso. Assembleia Legislativa. *Introdução ao Processo Legislativo*. 3ª ed. Mato Grosso: Secretaria de Serviços Legislativos, 2018 [citado em 8 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/arquivos/parlamento/ssl/guia-processo-legislativo-v3.pdf>

27. Alexy R. *Direitos Fundamentais no Estado Constitucional Democrático*. Para a relação entre direitos do homem, direitos fundamentais, democracia e jurisdição constitucional. Heck LA (Trad). In: *Revista de Direito Administrativo*. Rio de Janeiro. 1999 [citado em 16 mai. 2023] (217):55-66.

28. Oliveira CR, De Oliveira RC. *Direitos Sociais na Constituição Cidadã: um balanço de 21 anos*. Serviço Social & Sociedade [Internet]. 2011 [citado em 20 nov. 2023]; (105):5-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>

29. Gonzales DC. *Competência legislativa dos Entes Federados; conflitos e interpretação constitucional*. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. 2011. 176 fls Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.2.2011.tde-16082012-150740>

30. Zago, MA. *Federalismo no Brasil e na Alemanha: estudo comparativo de repartição de competências legislativas e de execução*. 2016. [Tese] São Paulo: Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. 2016. DOI: [10.11606/T.2.2016.tde-04102016-181431](https://doi.org/10.11606/T.2.2016.tde-04102016-181431)

31. Gama ML, Urquiza Baracho HA. *Formação da Desigualdade Regional, suas premissas e a questão do Nordeste brasileiro*. *Direito e Desenvolvimento* [Internet]. 2017 [citado em 19 maio 2023]; 5(10):235-254. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/Index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/269>

32. Verderosi LR. *Intervenção municipal no domínio econômico: competência e limites na interpretação do interesse público local*. 2020. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. 2020. DOI: [10.11606/D.2.2020.tde-04052021-155546](https://doi.org/10.11606/D.2.2020.tde-04052021-155546)

33. Heiler JG, Busemayer L, Kaminski P. *Federalismo e a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise à luz das decisões do STF*. *Direito, Economia e Globalização* [Internet]. 2021 [citado em 12 ago. 2023]; 1(2):1-34 Disponível em: <http://revistadedireito.catolicasc.org.br/index.php/revistadedireito/article/view/15>.

Como citar

da Silva DP, de Lima LGM. A inclusão (tácita) do município à competência legislativa para proteção e defesa da saúde: análise sob o binômio urgência e popularização. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2024 jul./set.;13(3):75-90

<https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1228>

Copyright

(c) 2024 Denner Pereira da Silva, Lucas Gabriel Martins de Lima.

