

**XCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL  
RICARDO LEWANDOWSKI, RELATOR DA AÇÃO DIRETA DE  
INCONSTITUCIONALIDADE Nº 6.362**

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO**, organização da sociedade civil de interesse público, com sede na Avenida Brasil, nº 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21.040-900, inscrita no CNPJ sob o nº 00.665.448/0001-24, vem, por seus advogados abaixo assinados (procuração em anexo), com fundamento no art. 7º, § 2º, da Lei nº 9.868/1999, bem como no art. 138, caput, do Código de Processo Civil, requerer a sua admissão, na qualidade de *AMICUS CURIAE*, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade em epígrafe, pelas razões e para os fins adiante expostos.

– I –

**INTRODUÇÃO**

1. A presente ação direta foi ajuizada pela Confederação Nacional de Saúde – CNSAÚDE com o objetivo de conferir interpretação conforme a Constituição ao inciso VII bem como ao inciso III do § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979/2020,<sup>1</sup> que dispõem sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do coronavírus de 2019.

2. A Requerente afirma que a autorização legal para requisição de bens e

---

<sup>1</sup> Lei nº 13.979/2020, art. 3º: “Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: [...]

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e [...]

§ 7º As medidas previstas neste artigo poderão ser adotadas: [...]

III - pelos gestores locais de saúde, nas hipóteses dos incisos III, IV e VII do *caput* deste artigo.”



serviços de saúde por estados e municípios, sem o controle da União Federal e sem o esgotamento de medidas menos gravosas, viola o direito de propriedade (CRFB/1988, art. 5º, XXII) e a garantia de livre iniciativa para assistência à saúde (CRFB/1988, art. 170 e art. 199). Sustenta que, no caso de bens e serviços de saúde para combate à pandemia, a limitação constitucional ao direito de propriedade do art. 5º, XXV, pressupõe a prévia chancela da União Federal, já que é dela a competência para matéria de interesse geral. Alega que a admissão de atos interventivos estaduais e municipais sem a autorização da União cria conflitos federativos e dificulta o combate à pandemia.

3. Diante disso, requer seja realizada interpretação conforme a Constituição dos referidos dispositivos da Lei nº 13.979/2020 para: (i) declaração de inconstitucionalidade de requisições administrativas estaduais e municipais não autorizadas pelo Ministério da Saúde; (ii) suspensão da eficácia de atos requisitórios já praticados; e (iii) criação de procedimento para as requisições administrativas, condicionando a validade do ato administrativo à garantia de contraditório prévio, à demonstração de inexistência de alternativas menos gravosas e à comprovação de ausência de prejuízo para aqueles que seriam os destinatários dos bens requisitados.

4. Em realidade, ao advogar a necessidade de autorização da União Federal para a prática de ato interventivos estaduais e municipais, bem como a necessidade de criação de procedimentos prévios para a validade das requisições, o que a Requerente pretende é ***inviabilizar qualquer intervenção do Estado que direta ou indiretamente afete os interesses das entidades que representa***. A concentração na União dos expedientes de 5.571 municípios e de 26 estados federados, especialmente no turbulento cenário administrativo causado pela epidemia, bem como a exigência de participação prévia das partes envolvidas, ***imobilizará completamente*** a ação interventiva estatal. A medida causará muitas mortes evitáveis, especialmente de pessoas pobres!

5. O trâmite administrativo advogado pela CNSAÚDE, além de ser incompatível com a urgência inerente ao ato requisitório (CRFB, art. 5º, XXV), retira toda a efetividade do ato administrativo para a contenção de perigo ao sistema público de saúde e às

*vidas de 75,8% da população brasileira que depende exclusivamente do SUS.*<sup>2</sup> Ao final da tramitação dos expedientes sugeridos pela Requerente, respiradores mecânicos, máscaras de proteção, remédios e insumos porventura requisitados para salvar vidas e manter em funcionamento as unidades de saúde pública já terão sido consumidos, esvaziando a decisão administrativa para o enfrentamento da emergência sanitária.

6. O sistema de saúde pública brasileiro é orientado pela diretriz de descentralização político-administrativa (CRFB, art. 198, I), competindo aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (CRFB, art. 30, VII). As redes de saúde pública no Brasil são, portanto, essencialmente municipais e, de forma supletiva<sup>3</sup>, dos estados. Dessa forma, atribuir à União a responsabilidade para decidir sobre medidas administrativas concretas para o funcionamento de cada uma das unidades de saúde do país significa dar ao ente que não tem informação sobre a realidade dos sistemas locais, nem pode oferecer respostas rápidas para os impactos da pandemia nos corredores dos hospitais, a responsabilidade para solucionar os problemas decorrentes da maior e mais grave crise humanitária desde o fim da Segunda Guerra Mundial<sup>4</sup>. Os danos ao Sistema Único de Saúde e às vidas dos *160 milhões de brasileiros*<sup>5</sup> que dependem exclusivamente do SUS serão irremediáveis.

7. A imobilização das requisições administrativas buscada pela CNSAÚDE tem uma finalidade clara: blindar o setor de saúde privado, ainda que isso signifique a derrocada do sistema público de saúde. **Um verdadeiro apartheid sanitário!**<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> De acordo com a Agência de Saúde Suplementar – ANS, em fevereiro de 2020, a taxa de cobertura de beneficiários em planos privados de assistência médica era de 24,2%, de modo que 75,8% da população depende exclusivamente do SUS para acesso a ações e serviços de saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 09.04.2020.

<sup>3</sup> Lei nº 8.080/1990, Art. 17. “À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: [...] III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;”

<sup>4</sup> O Secretário-Geral da das Nações Unidas – ONU, Antônio Gutierrez, declarou em 31.03.2020: “Estamos enfrentando uma crise de saúde global diferente de qualquer outra nos 75 anos de história das Nações Unidas – uma crise que está matando pessoas, espalhando o sofrimento humano e acabando com a vida das pessoas”.

<sup>5</sup> Em dezembro de 2019, de acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 47 milhões de brasileiros contavam com planos privados de assistência hospitalar. Os demais 160 milhões de brasileiros contam *exclusivamente* com o Sistema Único de Saúde. Dados disponíveis em <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 09.04.2020.

<sup>6</sup> Veja-se, a propósito, Ricardo Lodi Ribeiro. “O Supremo Tribunal Federal deve evitar o apartheid na saúde”. In *Consultor Jurídico*, 07/04/2020, disponível em <http://www.conjur.com.br/2020-abr-07/ricardo-lodi-stf-evitar-apartheid-saude>. Acesso em 15.04.2020.

8. Porém, a pretensão egoística – mal travestida com a linguagem dos direitos fundamentais – além de atribuir maior valor à vida daqueles que têm acesso a hospitais privados, desconsidera que a desestruturação do SUS levará à quebra do próprio sistema privado. A desassistência de 3/4 (três quartos) da população brasileira no atual quadro de emergência sanitária estressará os índices de disseminação do vírus. O *apartheid* assistencial defendido, no entanto, não é capaz de segregar aqueles que adoecerão e buscarão a rede privada de assistência hospitalar.<sup>7</sup> A Covid-19 não respeita barreiras sociais: nenhum serviço isolado conseguirá proteger seus usuários ou clientes.

9. É evidente que podem ocorrer erros e abusos pontuais nas requisições feitas por estados e municípios. Porém, para evitá-los, existem mecanismos administrativos apropriados no âmbito da própria estrutura do SUS. Ademais, atos abusivos podem ser questionados perante o Poder Judiciário, pelos que se sentirem prejudicados. O que definitivamente não cabe é uma intervenção jurisdicional do STF na matéria, com potencial de desestruturar completamente a atuação do SUS, exatamente neste momento em que ela se mostra tão indispensável para o futuro da Nação. Uma intervenção em desfavor dos grupos mais vulneráveis da população, cujos direitos a Corte tem a missão maior de defender.

10. A questão suscitada coloca, de um lado, as garantias de propriedade e de livre iniciativa dos prestadores privados de saúde e, do outro, a preservação do próprio SUS e do direito fundamental à saúde que ele concretiza por ações e serviços *universais e igualitários*. A controvérsia, com grave repercussão sobre o enfrentamento da maior crise sanitária da nossa época<sup>8</sup>, consiste em *saber se liberdades econômicas podem impedir atos interventivos de estados e municípios para a preservação do sistema público de saúde, em contexto de gravíssima crise sanitária*. A resposta é certamente negativa, porque: (i) a limitação ao direito de propriedade para contenção de perigo público é uma restrição constitucional expressa; (ii)

---

<sup>7</sup> Veja-se, a propósito, Flavio C. Coelho *et al.* *Assessing the potential impacts of COVID-19 in Brasil: Mobility, Morbidity and Impact to the Health System*, 2020. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28941>>. Nesse estudo conjunto da Escola de Matemática Aplicada da FGV/RJ, do Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública, da Fiocruz, da London School of Hygiene and Tropical Medicine, do Laboratory for the Modeling of Biological and Socio-technical Systems e do ISI Foundation sobre os impactos da COVID-19 no Brasil, demonstra-se que o crescimento dos índices de contaminação afetará a capacidade da rede pública e privada de assistência.

<sup>8</sup> O estado de emergência em saúde pública de importância internacional foi declarado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, assim como foi reconhecido pelo Estado brasileiro na Portaria MS/GM nº 188/2020, na própria Lei n.º 13.979/2020 e no Decreto Legislativo nº 06/2020.



estados e municípios são autônomos para, no exercício de suas competências constitucionais, adotar medidas para proteção da saúde de sua população e de suas respectivas unidades hospitalares; (iii) a ordem constitucional inaugurada em 1988 veda qualquer forma de centralização político-administrativa em saúde; e (iv) em um cenário de crise e escassez de recursos para a saúde, a diretriz constitucional de equidade sanitária impõe a regulação de acesso aos serviços pelas necessidades de saúde e não pela capacidade econômica do paciente. É o que se detalhará a seguir.

– II –

**DA ADMISSÃO DA ABRASCO COMO *AMICUS CURIAE***

11. A participação dos *amici curiae* no âmbito do processo constitucional se liga à promoção de dois objetivos de máxima importância. Além de fortalecer a legitimidade democrática da jurisdição constitucional, tornando-a mais plural e permeável aos influxos argumentativos provenientes da sociedade civil, o instituto permite que os magistrados tomem contato com novas razões e com diferentes pontos de vista, o que tende a enriquecer os debates judiciais, abrindo à Corte a possibilidade de proferir decisão não apenas mais legítima, como também melhor e mais bem informada sobre o tema em discussão.<sup>9</sup>

12. Este próprio Supremo Tribunal Federal vem louvando o papel fundamental que a intervenção do *amicus curiae* exerce sobre a prestação jurisdicional, especialmente na seara constitucional. Veja-se, a propósito, o seguinte trecho de decisão do Min. Gilmar Mendes:

*“Essa fórmula procedimental constitui um excelente instrumento de informação para a Corte Suprema. Não há dúvida, outrossim, de que a participação de diferentes grupos em processos judiciais de grande significado para toda a sociedade cumpre uma função de integração extremamente relevante no Estado de Direito.*

[...]

---

<sup>9</sup> Cf. Peter Häberle. *Hermenêutica constitucional: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição – contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

*Ao ter acesso a essa pluralidade de visões em permanente diálogo, este Supremo Tribunal Federal passa a contar com os benefícios decorrentes dos subsídios técnicos, implicações político-jurídicas e elementos de repercussão econômica que possam vir a ser apresentados pelos ‘amigos da Corte’. Essa inovação institucional, além de contribuir para a qualidade da prestação jurisdicional, garante novas possibilidades de legitimação dos julgamentos do Tribunal no âmbito de sua tarefa precípua de guarda da Constituição.*

[...]

*Entendo, portanto, que a admissão de amicus curiae confere ao processo um colorido diferenciado, emprestando-lhe caráter pluralista e aberto, fundamental para o reconhecimento de direitos e a realização de garantias constitucionais em um Estado Democrático de Direito.”<sup>10</sup>*

13. Atenta a esses objetivos, a Lei n° 9.868/1999 disciplinou a intervenção dos *amici curiae* nas ADIs e nas ADCs, estabelecendo, em seu art. 7º, § 2º, dois requisitos para a sua admissão: (i) “a relevância da matéria” e (ii) “a representatividade adequada”.<sup>11</sup> Não é difícil verificar que os dois requisitos estão presentes neste caso, justificando, dessa forma, a admissão do ABRASCO como *amicus curiae*.

14. Por um lado, a matéria é extremamente relevante, pois se trata de ação constitucional que envolve diretamente os instrumentos manejados pelos diversos entes da Federação para lidar com a crise decorrente do CoViD-19 – a maior crise sanitária enfrentada pelo país e pelo mundo em um século. Afeta de modo profundo, por consequência, direitos fundamentais de todos os cidadãos brasileiros, tais como os direitos à vida e à saúde.

15. Por outro lado, não pode haver dúvida sobre a representatividade da ABRASCO para tratar da referida questão. Afinal, cuida-se de destacada organização civil, de caráter acadêmico-científico, com mais de 40 anos de existência, que, de acordo com seu próprio estatuto (em anexo), “tem como missão e fins gerais atuar no apoio e articulação entre os centros de ensino e pesquisa em saúde coletiva [...] para ampliação do diálogo com a comunidade técnica, científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil” (art. 3º, caput). No cumprimento dessa missão,

---

<sup>10</sup> STF. ADI n° 2.548, Decisão Monocrática, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJ 24.10.2005.

<sup>11</sup> O mesmo se extrai do art. 138, *caput*, do Código de Processo Civil, que previu, como requisitos para a regular intervenção desses sujeitos processuais, “a relevância da matéria, a especificidade do tema objeto da demanda ou a repercussão social da controvérsia” e “a representatividade adequada”.

a Abrasco está hoje presente em todas as unidades da federação, com associados e grupos permanentes de trabalho, bem como congrega a totalidade dos coordenadores dos programas de pós-graduação em saúde coletiva, saúde pública, medicina preventiva, medicina social e epidemiologia existentes no país.

16. Já em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Associação adotava a defesa intransigente da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde – SUS,<sup>12</sup> ao final adotada pela Carta de 88. Desde então, a Abrasco conserva sua atuação pautada pelo compromisso com a produção de conhecimento científico e crítico, voltada à melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. Desenvolve projetos de capacitação e organiza eventos voltados à saúde pública, bem como investe na produção científica, sendo responsável pela edição de dois relevantes periódicos: as revistas *Ciência & Saúde Coletiva* e a *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Além disso, a instituição se articula na formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde, educação e ciência e tecnologia, participando de espaços de representação social como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo.

17. Ademais, vale registrar que a Abrasco já foi admitida como *amicus curiae* por este Supremo Tribunal Federal, aportando relevantes informações e argumentos sobre saúde pública no âmbito do HC 143.641, em que se questionava a prisão preventiva decretada contra todas as gestantes, puérperas ou mães com filhos de até 12 anos de idade sob sua responsabilidade, e na ADI nº 5.553, relativa à concessão de benefícios fiscais à produção e comercialização de agrotóxicos no país. Nesse último caso, em decisão que admitiu seu ingresso no feito como amigo da corte, o Min. Edson Fachin consignou que “a *ABRASCO* e a *IDEC* representam os interesses protetivos dos direitos consumerista e sanitário referenciados à população brasileira [...]. Logo, possuem interesse institucional legítimo no deslinde da presente demanda [...]”.

18. Assim, estão presentes os requisitos para a admissão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva como *amicus curiae* na ADI nº 6.362.

– III –

---

<sup>12</sup> Confira-se, a propósito, o sítio eletrônico da ABRASCO: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>.

**PRELIMINAR: AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DE TODO O COMPLEXO  
NORMATIVO. INADEQUAÇÃO DO OBJETO E EXTINÇÃO DO PROCESSO**

19. A Requerente impugnou o inciso VII e o inciso III do § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979/2020, que autorizam estados e municípios a requisitarem bens e serviços para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus de 2019. De acordo com a narrativa da CNSAÚDE, seriam inconstitucionais os atos interventivos estaduais e municipais editados sem a chancela da União e observância de uma série de outras exigências prévias. No entanto, ainda, por absurdo, que fosse acolhida a tese da Requerente, continuaria a existir a previsão legislativa para que estados e municípios requisitem bens e serviços, independentemente de autorização federal e da prévia adoção das providências administrativas postuladas na petição inicial.

20. Com efeito, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) atribuiu à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a competência para requisição administrativa em casos de calamidade e emergência sanitária. Confira-se o inciso XIII do art. 15 da Lei:

*Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

[...]

*XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;*

21. De igual forma, a requisição administrativa também está positivada no art. 1.228, § 3º, do Código Civil:

*Art. 1.228. [...]. § 3º. O proprietário pode ser privado da coisa, nos casos de desapropriação, por necessidade ou utilidade pública ou interesse social, bem como no de requisição, em caso de perigo público iminente.*

22. A previsão para requisição administrativa estadual e municipal constante da



Lei nº 13.979/2020 integra, assim, um complexo normativo. Nos termos da jurisprudência do STF, no entanto, a impugnação fragmentada de um complexo normativo impõe o não conhecimento da ação de controle abstrato de constitucionalidade. Nesse sentido:

*“AGRAVO REGIMENTAL NA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. ARTIGO 47, § 3º, DA LEI FEDERAL 9.504/1997, COM A REDAÇÃO DADA PELA LEI FEDERAL 11.300/2006. CRITÉRIO DE REPARTIÇÃO DO TEMPO DE PROPAGANDA ELEITORAL NO RÁDIO E NA TELEVISÃO ENTRE AS AGREMIações PARTIDÁRIAS. PEDIDO DE INTERPETAÇÃO CONFORME AOS ARTIGOS 1º, V; 5º, CAPUT; E 17, § 3º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, PARA QUE SEJAM OBSERVADAS AS ALTERAÇÕES NAS BANCADAS DOS PARTIDOS APÓS A ÚLTIMA ELEIÇÃO. QUESTÃO TAMBÉM VERSADA NO ARTIGO 47, § 7º, DA LEI FEDERAL 9.504/1997 E NO ARTIGO 48, §§ 1º, 3º E 4º, DA RESOLUÇÃO 23.551/2017 DO TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DA TOTALIDADE DO COMPLEXO NORMATIVO QUE DISCIPLINA A MATÉRIA. VÍCIO PROCESSUAL QUE COMPROMETE O INTERESSE DE AGIR. INVIABILIDADE DE DECLARAÇÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE POR ARRASTAMENTO. DISPOSITIVOS QUE SE ENCONTRAM NO MESMO PATAMAR NORMATIVO E DE VALIDADE. INSTRUMENTO QUE NÃO SE PRESTA A SUPRIR CARÊNCIAS NO EXERCÍCIO DO DIREITO DE AÇÃO. AGRAVO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A repartição do tempo de propaganda eleitoral no rádio e na televisão conforme a representação de cada partido político na Câmara dos Deputados resultante da última eleição, controvérsia a que se cinge a presente ação, é versada no artigo 47, § 3º, da Lei federal 9.504/1997, que se pleiteia a interpretação conforme a Constituição Federal para que sejam consideradas na referida repartição as alterações de filiação partidária ocorridas durante a legislatura; e também no artigo 47, § 7º, da Lei federal 9.504/1997, bem como no artigo 48, §§ 1º, 3º e 4º, da Resolução 23.551/2017 do Tribunal Superior Eleitoral, normas que não foram impugnadas. **3. A ausência de impugnação da totalidade do complexo normativo que rege a matéria configura vício processual que compromete o interesse de agir em sede de controle abstrato de constitucionalidade.** Precedentes: ADI 2.595-AgR, Rel. Min. Alexandre de Moraes, Plenário, DJe de 2/2/2018; ADI 4.342-AgR, Rel. Min. Alexandre de Moraes, Julgado em 2/2/2018; ADI 3.148, Rel. Min. Celso de Mello, Plenário, DJe de 29/9/2011; ADI 2.422-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Plenário, DJe de 30/10/2014; ADI 2.423-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Plenário, DJe de 30/10/2014. **4. A inexistência de dependência normativa inviabiliza eventual declaração de inconstitucionalidade por arrastamento**”*

***dos dispositivos não impugnados.** Precedente: ADI 2.895, Rel. Min. Carlos Velloso, Plenário, DJ de 20/5/2005. 5. A declaração de inconstitucionalidade por arrastamento ou atração não se presta a suprir carências no exercício do direito de ação. Precedentes: ADI 4.647, Rel. Min. Dias Toffoli, Plenário, DJe de 21/6/2018; ADI 2.213-MC, Rel. Min. Celso de Mello, Plenário, DJ de 23/4/2004; ADI 1.775, Rel. Min. Maurício Corrêa, Plenário, DJ de 18/5/2001. 6. Agravo a que se nega provimento.*<sup>13</sup>

23. Assim sendo, considerando que o hipotético acolhimento do pedido da CNSAÚDE não afastará a subsistência da previsão normativa reputada inconstitucional – já que ela também se alicerça em outros dispositivos legais não impugnados pela Requerente –, a ação deve ser extinta, nos termos do art. 4º da Lei nº 9.868/1999 e do art. 21, § 1º, do Regimento Interno do STF.

– IV –

#### MÉRITO

– IV.1 –

#### **A LIMITAÇÃO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À PROPRIEDADE PRIVADA: A NATUREZA DA REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA E AS ESCOLHAS CONSTITUCIONAIS**

24. É certo que a Constituição reserva proteção qualificada ao domínio privado, garantindo a apropriação individual, o uso, a fruição e a disposição de bens (art. 5º, XXII). É igualmente certo que a liberdade de iniciar uma atividade econômica, organizá-la, geri-la e conduzi-la sem interferência do Estado constitui um valor fundamental da Constituição (art. 1º, IV e art. 170 *caput*). A propriedade privada e a livre iniciativa, no entanto, sujeitam-se às cláusulas, também constitucionais, da *função social* da propriedade (art. 5º, XXIII e art. 170, III), da justiça social (art. 3º, I e art. 170 *caput*) e da redução das desigualdades sociais (art. 3º, III e art. 170, VII).<sup>14</sup>

<sup>13</sup> STF, Agravo Regimental na ADI 5.922, Tribunal Pleno, Rel. Min. Luiz Fux, julg. 14.02.2020, DJe 09/03/2020, grifos acrescentados.

<sup>14</sup> As limitações constitucionais à propriedade, inclusive em relação a bens de consumo, podem ser lidas em Gustavo Tepedino, *Contornos constitucionais da propriedade privada*, In. *Temas de Direito Civil*, 1999, p. 282:

25. Na ordem constitucional brasileira, mesmo em circunstâncias ordinárias, valores sociais extrapatrimoniais condicionam e limitam as liberdades econômicas dos particulares. Afinal, como proclama o texto constitucional, o objetivo da nossa ordem econômica é “*assegurar a todos uma existência digna, conforme os ditames da justiça social*” (art. 170, *caput*, CF). Em contexto de gravíssima crise sanitária, como o que ora se atravessa, esse condicionamento, naturalmente, torna-se ainda mais intenso.

26. Aliás, tem sido assim em todo o mundo no enfrentamento da Covid-19. Com a pandemia provocada pelo novo Coronavírus, diversos países do mundo – incluindo referências em termos de Índice de Desenvolvimento Humano (“IDH”) – vêm requisitando bens particulares para garantir adequadamente o direito à saúde da sua população. Na Alemanha, por exemplo, o artigo 1º da Lei para a Proteção contra Infecção de 20 de junho de 2000 foi alterado, em março,<sup>15</sup> para permitir que o poder público adote todas as medidas cabíveis para garantir o fornecimento de equipamentos médicos essenciais, remédios – incluindo as matérias primas para fabricá-los – equipamentos de proteção individual (“EPI”), exames laboratoriais, produtos para desinfecção, por meio de requisições, sendo assegurada a posterior compensação. Em Portugal, por sua vez, o Decreto n.º 2-A/2020, de 18 de março<sup>16</sup> permitiu que as autoridades competentes requisitem “*quaisquer bens ou serviços de pessoas coletivas de direito público ou privado que se mostrem necessários ao combate à doença COVID-19*”. Já na Espanha, a epidemia levou à edição do Decreto 463/2020<sup>17</sup>, que

---

“*Quando uma certa propriedade não cumpre sua função social, não pode ser tutelada pelo ordenamento jurídico. Vale dizer, que não somente os bens de produção, mas também os bens de consumo possuem uma função social, sendo por esta conformados em seu conteúdo – modos de aquisição e de utilização*”. Por sua vez, o temperamento constitucional à livre iniciativa é exposto por Diogo de Figueiredo Moreira Neto, *Ordem Econômica e desenvolvimento na Constituição de 1988*, 1989, p. 28: “*O princípio da liberdade de iniciativa tempera-se pelo da iniciativa suplementar do Estado; o princípio da liberdade de empresa corrige-se com o da definição da função social da empresa; o princípio da liberdade de lucro, bem como o da liberdade de competição, moderam-se com o da repressão do abuso de poder econômico; o princípio da liberdade de contratação limita-se pela aplicação dos princípios de valorização do trabalho e da harmonia e solidariedade entre as categorias sociais de produção; e, finalmente, o princípio da propriedade privada restringe-se com o princípio da função social da propriedade*”.

<sup>15</sup> Cf. *Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Vom 27. März 2020.* (Lei para a Proteção da População em Epidemia de Escala Global de 27/03/2020). Disponível em: <[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//\\*\[ @attr\\_id=%27bgbl120s0587.pdf%27\]#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D\\_\\_1586472448236](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[ @attr_id=%27bgbl120s0587.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D__1586472448236)>.

<sup>16</sup> Disponível em: <[https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130473378/202004140122/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?\\_LegislacaoConsolidada\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130473378/202004140122/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice)>.

<sup>17</sup> Disponível em: <<https://boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>>.

declarou o “estado de alarme” em todo o território nacional, e autorizou requisições temporárias de todos os bens, serviços e estabelecimentos privados que sejam necessários ao combate da doença. Um dia após a publicação do decreto, em 15 de março, o Ministério da Saúde anunciou que todas as instalações e recursos da saúde privada seriam colocados à disposição do público para atingir a capacidade executiva necessária para proteger a saúde e o interesse público.<sup>18</sup> No Japão, o Primeiro Ministro declarou estado de emergência em sete prefeituras (Tokyo, Kanagawa, Saitama, Chiba, Osaka, Hyogo e Fukuoka), em 7 de abril<sup>19</sup>, o que autoriza os governadores das prefeituras a requisitar propriedades para construir instalações médicas.<sup>20</sup> Em muitos outros países democráticos, medidas similares foram adotadas, diante da constatação de que a proteção da vida se sobrepõe às liberdades econômicas, especialmente no contexto de uma gravíssima crise sanitária.

27. Como já destacado, na ordem jurídica brasileira o domínio privado é condicionado por valores sociais, que fundamentam a intervenção do Estado na propriedade e na economia para conformação das liberdades econômicas à realização da justiça social e de direitos fundamentais. A requisição administrativa trata, justamente, de um desses mecanismos de intervenção do Estado na propriedade, com previsão constitucional específica (arts. 5º, XXV, 22, III). Ela designa o ato administrativo “*pelo qual o Estado, em proveito de um interesse público, constitui alguém de modo unilateral e auto executório, na obrigação de prestar-lhe um serviço ou ceder-lhe transitoriamente o uso de uma coisa in natura, obrigando-se a indenizar os prejuízos que tal medida efetivamente acarretar ao obrigado*”.<sup>21</sup>

28. A autorização constitucional para uso de propriedade por autoridade competente, mediante *ulterior* indenização, evidencia a natureza *unilateral, autoexecutória e transitória* da requisição.<sup>22</sup> Exatamente porque cabível apenas em caso de “*iminente perigo*

<sup>18</sup> Cf. “El Ministerio de Sanidad establece medidas para el refuerzo de personal sanitario y el suministro de material”. Disponível em: <<https://www.mschs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4812>>.

<sup>19</sup> Cf. CNN. “Japan to declare state of emergency over coronavirus pandemic”. Disponível em: <<https://edition.cnn.com/2020/04/07/asia/japan-coronavirus-state-of-emergency-intl-hnk/index.html>>.

<sup>20</sup> Cf. The Japan Times. “Japan state of emergency to cover Tokyo, Osaka and five other prefectures”. Disponível em: <<https://www.japantimes.co.jp/news/2020/04/06/national/japan-state-of-emergency-covid-19/#.XpLJZshKjIU>>.

<sup>21</sup> Celso Antonio Bandeira de Mello, *Curso de Direito Administrativo*, 2002, p. 750.

<sup>22</sup> As características da requisição administrativa são detalhadas por Maria Sylvia Zanella Di Pietro, *Direito Administrativo*, 2006, p. 176: “*Em qualquer das modalidades, a requisição caracteriza-se por ser um instrumento*

*público*” (art. 5º, XXV, CF), o instituto da requisição não pode ser condicionado à observância de procedimentos prévios, envolvendo outro ente federal ou o exercício do contraditório pelo particular.

29. Essas características da requisição são flagrantemente incompatíveis com a pretensão da CNSAÚDE. A proposta de processualização da requisição para exame federal, com chancela da União, garantia de contraditório prévio, demonstração de inexistência de alternativas menos gravosas e comprovação de ausência de prejuízo para aqueles que seriam os destinatários dos bens requisitados: (i) impede que o ato seja imediatamente executado e o seu objeto prontamente alcançado; (ii) antecipa avaliações sobre danos e prejuízos; e (iii) obsta qualquer possibilidade de ação urgente para responder a uma situação de emergência. O que a Requerente propõe, portanto, é o completo esvaziamento da medida interventiva em uma situação de crise sanitária mundial, com *risco de desassistência de 3/4 (três quartos) da população brasileira*. A interpretação advogada na inicial para a requisição administrativa contraria, portanto, a própria natureza constitucional do instituto.

30. Não há dúvida que, por se tratar de uma restrição ao direito à propriedade, a medida requisitória é excepcional e pressupõe aplicação criteriosa pela Administração Pública. Por sinal, o próprio § 1º do art. 3º da Lei nº 13.979/2020 vincula o administrador público ao dever de limitar as requisições “*ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública*”<sup>23</sup>. A lei impugnada, portanto, impõe às autoridades sanitárias o dever de *razoabilidade*.

31. Assim, se entes federativos subnacionais atuarem de forma abusiva, violarão a lei, como bem salientou o Ministro Ricardo Lewandowski, na decisão que negou conhecimento à ADPF 671, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL, para a imediata requisição administrativa de leitos de UTI:

---

*unilateral e autoexecutório, pois independe da aquiescência do particular e da prévia intervenção do Poder Judiciário; e em regra oneroso, sendo a indenização a posteriori”.*

<sup>23</sup> Lei nº 13.979/2020, Art. 3º, § 1º “*As medidas previstas neste artigo somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública*”.

*“Nesse passo, convém sublinhar que o § 1º do art. 3º da Lei 13.979/2020 dispõe que as requisições e outras medidas de emergência para combater a Covid-19 ‘somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública’. Essa apreciação, à toda a evidência, compete exclusivamente às autoridades públicas, caso a caso, em face das situações concretas com as quais são defrontadas, inclusive à luz dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, sem prejuízo do posterior controle de constitucionalidade e legalidade por parte do Judiciário”.*<sup>24</sup>

32. Evidentemente, a mera possibilidade de abuso do poder de requisição por estados e municípios não justifica a declaração parcial de inconstitucionalidade dos preceitos impugnados.

33. Além disso, no caso específico da requisição administrativa, a previsão do art. 5º, XXV, da CRFB, de restrição à propriedade particular com *ulterior* indenização, evidencia uma escolha constitucional: *a primazia da ação estatal imediata para a contenção de riscos públicos em detrimento da proteção individual do domínio privado*. Diante desse juízo de preferência realizado pelo próprio constituinte, não há margem para acolher tese que contraria orientação expressa da Constituição.

#### – IV.2 –

### **A RELEVÂNCIA PÚBLICA DAS AÇÕES E SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE: A INTENSIDADE DA REGULAÇÃO DO SETOR**

34. A Constituição prevê hipóteses em que, embora atribua ao Estado a responsabilidade sobre a prestação de um serviço, assegura a atuação da iniciativa privada. É o caso da educação (CRFB, art. 209), da assistência social (CRFB, art. 204, I e II), da previdência social (CRFB, art. 202) e da saúde (CRFB, art. 199). Trata-se dos chamados *serviços públicos*

---

<sup>24</sup> STF, ADPF 671, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, decisão monocrática, DJe 07.04.2020.

não privativos<sup>25</sup>.

35. O art. 199 da Constituição, dispendo que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, conformou o chamado regime *híbrido* ou *misto* no Brasil<sup>26</sup>. A possibilidade de execução da assistência pela iniciativa privada não afasta, no entanto, a incidência de intenso controle e fiscalização do Estado sobre a atividade. A Constituição foi expressa ao designar, no art. 197, a natureza pública do serviço, independentemente da forma de execução:

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

36. Isso significa que os serviços de saúde, ainda quando exercidos pela iniciativa privada, ficam “*submetidos a um tratamento normativo mais estrito do que o aplicável ao conjunto das atividades privadas*”<sup>27</sup>. O setor de saúde, em razão da fundamentalidade do direito envolvido, não é espaço em que as liberdades privadas transitem de maneira irrestrita. A pretensão da CNSAÚDE, no entanto, não considera as intensas restrições constitucionais incidentes sobre o setor de saúde.

37. É fora de dúvida que fabricantes e prestadores privados de saúde, em um momento de altíssima demanda por bens e serviços do setor, tendem a preferir consumidores e empresas que ofereçam maior rentabilidade aos seus produtos. A possibilidade de terem seus estoques requisitados contraria essa máxima econômica, seja porque a venda ao Poder Público

---

<sup>25</sup> Sobre os serviços públicos não privativos, confira-se, ainda, Celso Antonio Bandeira de Mello. *Serviço Público e Concessão de Serviço Público*, 2017, p. 86: “*Em princípio, poder-se-ia pensar que o titular exclusivo dos serviços seria o Estado. Nem sempre, porém, é assim, como já se anotou. Há certos serviços que serão públicos quando prestados pelo Estado, mas que concernem a atividades em relação às quais a Constituição não lhe conferiu exclusividade, pois, conquanto as tenha colocado a seu cargo, simultaneamente deixou-as liberadas à iniciativa privada. Há, na verdade, quatro espécies de serviços sobre os quais o Estado não detém titularidade exclusiva, ao contrário do que ocorre com os demais serviços públicos. São eles: serviços de saúde, de educação, de previdência social e de assistência social*”.

<sup>26</sup> Como destaca Lígia Bahia, o Brasil tem apenas um sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde, responsável pelas ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, o que inclui a assistência e a vigilância epidemiológica e sanitária. A saúde suplementar (os serviços privados de saúde) não constitui um sistema, mas uma autorização para a oferta de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. Sobre o ponto v. Lígia Bahia, *Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cadernos de Saúde Pública*, 2018.

<sup>27</sup> Celso Antonio Bandeira de Mello, *Serviço Público e Concessão de Serviço Público*, 2017, p. 87.

se sujeita a desconto obrigatório sobre o preço de fábrica,<sup>28</sup> seja porque a indenização, nos termos da Constituição, é apenas *ulterior*. A lógica puramente econômica desse mercado, no entanto, é mitigada pela relevância pública das ações e serviços de saúde. Diante de um direito fundamental social, o mercado não pode decidir livremente como o serviço essencial será oferecido à população.

38. A jurisprudência do STF, por sinal, já afirmou a constitucionalidade de restrições à livre iniciativa com fundamento no direito social à saúde:

*“Constitucional e Administrativo. Recurso ordinário em mandado de segurança. Supremacia do interesse público sobre o privado. Competência normativa conferida à Administração Pública. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Coeficiente de Adequação de Preço (CAP). Lei nº 10.742/2003. Resolução nº 4/2006. Tutela constitucional do direito à saúde (art. 196 CF). Recurso ordinário em mandado de segurança não provido.*

*1. A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) está prevista na Lei nº 10.742/03 como órgão técnico necessário à regulação do setor farmacêutico, justificando-se, especialmente, pelas complexidades do mercado de medicamentos.*

*2. A amplitude da delegação normativa consiste no fundamento fático-jurídico do exercício do poder regulamentar pela Administração Pública, que deve atuar em consonância com a lei, atendendo à necessidade de regulação do setor farmacêutico e em respeito à dinâmica e às peculiaridades técnicas do mercado de medicamentos.*

*3. O percentual de desconto obrigatório e linear nas vendas de determinados medicamentos ao Poder Público, chamado Coeficiente de Adequação de Preço (CAP), opera como fator de ajuste de preços, permitindo, assim, que se chegue ao “Preço Máximo de Venda ao Governo” (PMVG), o que vai ao encontro da reprovação constitucional do aumento arbitrário de lucros (art. 173, § 4º, CF/88).*

**4. A Constituição Federal de 1988 agrega preocupação social aos princípios gerais da atividade econômica, resultando em legítima atuação do Estado na promoção do acesso universal e igualitário à saúde, direito social**

---

<sup>28</sup> O Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, regulamentado pela Resolução CMED nº 4, de 18 de dezembro de 2006, é um desconto mínimo obrigatório aplicado às vendas de medicamentos para a União, os estados, o Distrito Federal e os Municípios. Atualmente o CAP está em 20,16%, conforme Comunicado nº 15, de 21 de setembro de 2018.

**garantido pelo art. 196 da Constituição Federal, cuja responsabilidade é partilhada pelo Estado e por toda a sociedade.**

*Recurso ordinário em mandado de segurança não provido.*<sup>29</sup>

39. Diante da relevância social da atividade desenvolvida pelos prestadores privados de saúde, a intervenção do Estado na atividade produtiva é exigida pela Constituição para ajustá-la à garantia de existência digna de *todos*, conforme os ditames da justiça social (CRFB, art. 170, *caput*). A responsabilidade pela promoção do direito à saúde é, afinal, partilhada entre o Estado e a sociedade. A seguridade social, nos termos do que estabelece o art. 194 da Constituição, “*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*”. E se é assim em tempos de normalidade, razões ainda mais robustas justificam a intervenção do Estado no setor de saúde, em detrimento das liberdades econômicas e dos direitos patrimoniais dos particulares, no cenário de gravíssima crise como a gerada pela pandemia do coronavírus.

#### – IV.3 –

### **AUTONOMIA FEDERATIVA E REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA SAÚDE**

40. De acordo com a petição inicial, fabricantes de medicamentos, de insumos e prestadores privados de saúde seriam submetidos a “*chocante violência*”, tendo em vista que os entes subnacionais seriam incompetentes para realizar requisições administrativas autônomas. A exigência de exame pela União da pertinência do ato interventivo decorreria do fato de a Constituição reservar “*para a esfera central da Federação a atribuição de coordenação e de supremacia, em face do interesse maior que representa*”. A CNSAÚDE defende que, no combate à pandemia, as medidas necessárias para lidar com a crise de oferta de equipamentos e insumos médicos constituem questão de interesse nacional. Contudo, a indicação de *supremacia* federativa, fundada em uma leitura enviesada da atribuição federal para coordenação do Sistema de Saúde, contraria claramente a Constituição.

---

<sup>29</sup> STF, RMS 28.487, Primeira Turma, Rel. Min. Dias Toffoli, j. em 26.02.2013, DJe 15/03/2013, grifos acrescentados.

41. *Em primeiro lugar*, nos termos do art. 18 da Constituição, a organização político-administrativa do Estado brasileiro se orienta pelo reconhecimento de autonomia a todos os entes federativos (capacidade de auto-organização, autolegislação, autogoverno e autoadministração)<sup>30</sup>. Não há espaço na Constituição para a defesa de *supremacia* de um ente sobre o outro. O que a Constituição prevê é a supressão momentânea de autonomia federativa, nas excepcionais hipóteses dos seus arts. 34 e 35. Sem que exista medida interventiva decretada, entretanto, é inviável a defesa de competência federal para a realização de atos típicos de gestão estadual e municipal. Os entes federativos, afinal, detêm capacidade de “*governo próprio dentro do círculo de competências traçadas pela Constituição Federal*”<sup>31</sup>.

42. A obtenção de suprimentos hospitalares e as providências para manutenção de serviços públicos consubstanciam atos típicos de administração, cuja atribuição acompanha o ente federativo competente para a execução da atividade. A forma de obtenção do bem ou serviço – se decorrente de contrato administrativo ou de requisição administrativa – não altera essa natureza. No extremo, o reconhecimento da tese advogada pela CNSAÚDE levaria a cenário em que, não apenas as requisições administrativas, mas também os contratos de prestação de serviço e de compras dos 5.571 municípios, do Distrito Federal e dos 26 estados, deveriam ser centralizados e assumidos pelo Ministério da Saúde no curso da pandemia. Afinal, todos eles envolvem equipamentos e insumos médicos. Não é preciso muita perspicácia para imaginar o caos que se instalaria no sistema público de saúde e, conseqüentemente, as conseqüências para a vida e saúde de toda a população.

43. *Em segundo lugar*, o modelo constitucional de repartição de competências em saúde não é compatível com a interpretação dada pela Requerente, que defende forte centralização federal. É preciso recordar que a *diretriz de descentralização* foi inserida no art. 198, I, da Constituição, justamente para *romper* com o modelo centralizador e excludente dos serviços de saúde existentes até então.<sup>32</sup> De acordo com o preceito constitucional, uma das

---

<sup>30</sup> José Afonso da Silva, *Curso de Direito Constitucional Positivo*, 2004, p. 590.

<sup>31</sup> *Idem*, p. 100.

<sup>32</sup> O histórico da reforma sanitária brasileira e o fundamento da diretriz constitucional de descentralização pode ser lido no depoimento do médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão): “A *descentralização das ações, um dos princípios norteadores do que viria a ser, mais adiante, o SUS, apontando o município como o grande executor das ações, coloca na mão desse novo agente da Reforma Sanitária – o secretário municipal de saúde – um papel que vai se mostrar estratégico no processo constituinte e nos desdobramentos para a legislação*”



diretrizes constitucionais do SUS é “*descentralização, com direção única em cada esfera de governo*”. Em outras palavras, a ordem constitucional inaugurada em 1988 veda qualquer forma de centralização político-administrativa em saúde<sup>33</sup>.

44. Nesse aspecto, a atribuição de competência comum à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para *cuidar da saúde e assistência pública* (CRFB, art. 23, II) é coordenada com a disciplina do art. 198, I e do art. 30, VII da Carta Magna. A leitura desse conjunto de normas sobre competência, assim como dos arts. 15 a 19 Lei nº 8.080/1990, evidencia o papel central exercido por cada uma dos entes federativos na saúde: (i) cabe à União o apoio técnico e financeiro de estados e municípios; (ii) aos estados, além de apoio técnico e financeiro aos municípios, a prestação de serviços de forma supletiva<sup>34</sup>; e (iii) aos municípios, a execução direta de serviços de saúde. Há na Constituição uma distribuição de competências federativas que evidencia a responsabilidade primária dos municípios na prestação dos serviços de saúde, coadjuvada pelos estados. Isso, por certo, inclui o dever de afastar perigo público incidente sobre os serviços prestados. É impossível desassociar a competência material para a prestação do dever de preservação da continuidade do próprio serviço.

45. O relevante papel de coordenação exercido pela direção nacional do Sistema Único de Saúde não significa atribuição para substituir os estados e os municípios na gestão e execução dos serviços de saúde. A Constituição, aliás, exige a “*direção única em cada esfera da federação*” (CRFB, art. 198, I)<sup>35</sup>. O STF, nas recentes decisões proferidas na ADPF 671,

---

*regulamentadora da saúde. Nelsão arremata: Esses encontros dos secretários municipais de saúde, intercambiando como adquirir competência e eficiência nesse trabalho de levar atenção à saúde às periferias urbanas, são um vetor fenomenal dentro do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, porque aponta para um sistema descentralizado em que as soluções mais adequadas para a população têm que ser adotadas por gestores de saúde que estão próximos dela, pois a descentralização coloca a decisão governamental perto da população* (Vicente de Paula Faleiros, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Jacinta de Fátima Senna da Silva e Rosa Maria Godoy Silveira, *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*, 2006, p 73).

<sup>33</sup> Sobre o ponto, v. Ciro Grynberg, *Democracia Sanitária: O papel da participação na construção do conceito jurídico de saúde*, 2015: “*Por sua vez, o princípio da descentralização, consagrado pelo artigo 198 I da Constituição, voltado à superação do modelo centralizado dos serviços de saúde, que se desenvolviam apenas em hospitais gerais localizados nas capitais dos Estados, pretendeu orientar a criação de serviços e ações de saúde nas redes locais, de modo a facilitar o acesso e compatibilizar o atendimento à realidade de cada comunidade. Tratou-se, pois, de importante medida instrumental para o fortalecimento da participação na gestão do Sistema Único de Saúde, já que a projeção de maior autonomia aos entes de poder local facilitaria o acesso e a participação política*”.

<sup>34</sup> Lei nº 8.080/1990, art. 17: “*À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: (...) III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;*”

<sup>35</sup> A imposição constitucional de “*direção única em cada esfera da federação*” é exposta por Sueli Gandolfi Dallari, Vidal Serrano Nunes Júnior, *Direito Sanitário*, 2010, p. 91: “*Especificada a diretriz de descentralização, deve-se*

ADPF 672, e ADI 6341, reconheceu a competência e autonomia dos estados e municípios para a adoção de medidas restritivas para o combate à pandemia, afirmando expressamente a atribuição para requisição administrativa. Confira-se, respectivamente:

*“Quanto às requisições administrativas, é importante ressaltar que o instituto possui fundamento nos arts 5º, XXIII e XXV, e 170, III, da Constituição. Mais especificamente, ‘no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano’ (art. 170, III, da CF).*

**Essa medida pode ser desencadeada por qualquer dos entes federados, com base no art. 23, II, da Constituição, o qual estabelece que é da competência comum destes ‘cuidar da saúde e assistência pública’.** Já o art. 24, XII, também do Texto Magno, atribui competência concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislar sobre ‘proteção e defesa da saúde’. E, de acordo com o § 2º do mencionado dispositivo constitucional, a competência da União para legislar sobre normas gerais, não exclui a competência suplementar dos demais entes.”<sup>36</sup>

*“As regras de repartição de competências administrativas e legislativas deverão ser respeitadas na interpretação e aplicação da Lei 13.979/20, do Decreto Legislativo 6/20 e dos Decretos presidenciais 10.282 e 10.292, ambos de 2020, observando-se, de ‘maneira explícita’, como bem ressaltado pelo eminente Ministro MARCO AURÉLIO, ao conceder medida acauteladora na ADI 6341, ‘no campo pedagógico e na dicção do Supremo, a competência concorrente’.*

**Dessa maneira, não compete ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotaram ou venham a adotar, no âmbito de seus respectivos territórios, importantes medidas restritivas** como a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos

---

*lembrar que o dispositivo constitucional – o art. 198, inciso I – não se restringe a este comando de municipalização da atenção em saúde. Vai além, determinando a existência de direção única em cada esfera de governo. A direção única em cada esfera de governo enuncia que cada sistema de saúde (municipal, estadual e federal) deve contar com um respectivo gestor, de regra o titular da pasta setorial dedicada à saúde, vale dizer, o Ministro da Saúde, os Secretários Estaduais da Saúde e os Secretários Municipais da Saúde. Tais gestores devem executar as diretrizes do sistema na sua esfera de governo, mediante atividades de coordenação, controle, planejamento, auditoria etc., além de participarem da articulação com as demais esferas do sistema”.*

<sup>36</sup> STF, ADPF 671, decisão monocrática, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. em 03.04.2020, grifos acrescentados.



*reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos [...]”.*<sup>37</sup>

**“O artigo 3º, cabeça, [da Lei nº 13.979/2020] remete às atribuições, das autoridades, quanto às medidas a serem implementadas. Não se pode ver transgressão a preceito da Constituição Federal. As providências não afastam atos a serem praticados por Estado, o Distrito Federal e Município considerada a competência concorrente na forma do artigo 23, inciso II, da Lei Maior.”**<sup>38</sup>

46. Ressalta-se que nesta última ação – ADI 6341 –, a decisão proferida pelo Relator, Ministro Marco Aurélio, foi *referendada pela unanimidade dos ministros* que participaram do julgamento. Em outras palavras, a Corte, em uníssono, reconheceu a autonomia dos entes subnacionais para atuarem diretamente no combate ao coronavírus, independentemente de qualquer decisão da União Federal.

47. *Em terceiro lugar*, convém destacar que a proposta da CNSAÚDE, de submeter as requisições estaduais e municipais à autorização federal, foi expressamente *rejeitada* durante a tramitação legislativa do projeto que deu origem à Lei nº 13.979/2020. Veja-se que, de um lado, o legislador destacou no inciso II do § 7º do art. 3º as ações cuja prática dependeria da chancela federal (parte delas já suspensas pelas liminares concedidas na ADPF 672 e na ADI 6341). De outro lado, relacionou no inciso III do § 7º do art. 3º as medidas cuja prática *não* dependeria de autorização.<sup>39</sup> A supressão desses dois incisos do § 7º constou de uma proposta de emenda parlamentar,<sup>40</sup> que acabou rejeitada pela redação final do Projeto de

<sup>37</sup> STF, ADPF 672, Tribunal Pleno, Rel. Min. Alexandre de Moraes, DJe 15.04.2020.

<sup>38</sup> STF, ADI 6341, Tribunal Pleno, Rel. Min. Marco Aurélio, j. em 15.04.2020.

<sup>39</sup> Lei nº 13.979/2020, “Art. 3º. Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: [...]

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e [...]

§ 7º As medidas previstas neste artigo poderão ser adotadas: [...]

II - pelos gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde, nas hipóteses dos incisos I, II, V, VI e VIII do caput deste artigo; ou

III - pelos gestores locais de saúde, nas hipóteses dos incisos III, IV e VII do caput deste artigo”.

<sup>40</sup> A emenda de plenário nº 7, do Deputado Alexandre Padilha (PT/SP), propôs a supressão dos incisos II e III do § 7º do art. 3º. O substitutivo de plenário ao Projeto de Lei nº 23/2020 e a redação final do Projeto, apresentados

Lei.

48. Isso demonstra que a União, no exercício de sua competência legislativa sobre requisições civis (art. 22, III), fez uma opção clara e deliberada de não submeter as requisições estaduais e municipais à autorização do Ministério da Saúde. A interpretação judicial da Lei nº 13.979/2020, ainda que não se vincule plenamente à vontade do legislador, deve guardar deferência às opções legislativas que não contrariam texto expresso da Constituição. Não fosse, portanto, a inconstitucionalidade da proposta de centralização de competência sanitária na União e a violação à autonomia federativa de estados e municípios, o pedido da CNSAÚDE para submissão das requisições de gestores estaduais e municipais ao Ministério da Saúde se encontra fora da margem de conformação da norma.

#### – IV.3 –

### SISTEMA CONSTITUCIONAL DE SAÚDE

#### (a) O princípio da solidariedade social e as diretrizes do SUS

49. Até 1988, era possível classificar os destinatários de serviços de saúde em três grandes grupos: (i) o das pessoas que podiam pagar por serviços privados; (ii) o daqueles que tinham acesso aos serviços do Estado por serem segurados da previdência social; e (iii) o dos “indigentes de saúde”, que não tinham qualquer garantia de serviço. Esse modelo centralizador e anti-igualitário de serviço de saúde excluía cerca de 3/5 (três quintos) da população de qualquer tipo de atendimento. Essa imensa dívida social foi enfrentada e resgatada pela Constituição de 1988.<sup>41</sup>

50. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS, estruturado para manter, com recursos de toda a sociedade, as condições de bem-estar de cada brasileiro é uma das maiores

---

pela Deputada Carmen Zanotto, descartaram a emenda plenária supressiva. Disponível em [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1854680&filename=SBT+1+%3D%3E+PL+23/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1854680&filename=SBT+1+%3D%3E+PL+23/2020) . Acesso em 09.04.2020.

<sup>41</sup> O histórico das políticas sanitárias e dos respectivos modelos de sistema de saúde no Brasil podem ser lidos em *Ciro Grynberg, Esperança, Saúde e Direito: o caso da pílula do câncer*, In. Renata Saraiva, Aline Osorio, Estêvão Gomes, Rafael Gaia Edais Pepe, *Ministro Luís Roberto Barroso: 5 anos de Supremo Tribunal Federal*, 2018.

vitórias do Estado democrático de 1988. Além de inserir uma lógica de solidariedade social na Saúde, a reforma sanitária estruturou um amplo regime redistributivo na Constituição.<sup>42</sup> O projeto de bem-estar de cada brasileiro passou a ser objeto de atenção e de responsabilidade de toda a sociedade.

51. A Constituição alterou a estrutura do Estado para erigir um sistema universal, integral e igualitário de saúde. E, em reforço a essa transformação estrutural, a saúde também passou a constituir um direito fundamental. Há, portanto, na Constituição duas dimensões do direito à saúde: uma *subjéctiva*, prevista no art. 6º; e, outra, *objectiva* ou *instrumental*, retratada nos arts. 196 a 200, que estruturam o sistema público de saúde. Isso quer dizer que a Constituição consolidou um regime em que, de um lado, assegura um direito fundamental e, de outro, detalha como o Estado concretizará esse direito. *Uma dimensão do direito à saúde não se realiza sem a outra.*

52. O objetivo dessa grande reforma foi a *democratização da saúde*. A ideia subjacente era a de *capacitação dos indivíduos para construção dos seus ideais de vida boa*. A Saúde, a partir de 1988, não seria apenas um produto do consumo de tratamentos médicos, mas uma *capacidade para desenvolver projetos pessoais de bem-estar*, aptos a romper com o denominado ciclo econômico da doença: a manutenção de fatores sociais ambientais e culturais que faziam com que algumas pessoas fossem mais vulneráveis a adoecer do que outras.<sup>43</sup>

53. Para tanto, foram estabelecidas cinco diretrizes: (i) acabar com as restrições de acesso aos serviços - universalidade; (ii) considerar as necessidades de saúde de toda a população, diminuindo as vulnerabilidade sanitárias – equidade; (iii) deixar a gestão das ações e serviços de saúde próxima do local onde as pessoas viviam – descentralização; (iv) atuar na

---

<sup>42</sup> Nas palavras do Sanitarista e Professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Gonzalo Vecina Neto, “*O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior e o mais democrático programa de distribuição de renda do país*”. In: Drauzio Varella. *Sem o SUS é a barbárie*, 2019, Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/sem-o-sus-e-a-barbarie-artigo/>. Acesso em 09.04.2020.

<sup>43</sup> É o que se extrai do discurso realizado em março de 1986, pelo então Presidente da Fiocruz e um dos principais líderes do movimento da reforma sanitária, Sérgio Arouca, na abertura da 8ª Conferência Nacional, que veio a ser a principal diretriz teórica da seção “*Da Saúde*” na Constituição de 1988: “*Desse modo, a saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa, num certo instante, o nível de qualidade de vida, algumas vezes de qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada*”. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf). Acesso em 09.04.2020.

prevenção e na promoção e não apenas na assistência à saúde – integralidade; e (v) construir uma cidadania sanitária, com a participação ativa nas decisões sobre os caminhos coletivos em saúde – diretriz de participação comunitária.<sup>44</sup>

54. A pretensão da CNSAÚDE contraria o próprio fundamento de existência do Sistema Único de Saúde, assim como todas as suas diretrizes constitucionais.

55. O pedido desta ação direta carrega a lógica antissolidária abolida pela reforma sanitária da Constituição de 1988. Os muros e cercas do modelo anti-isonômico da ordem sanitária pretérita, que excluía 3/5 da população brasileira, caíram com a Carta de 88, rechaçando-se a utilização de critérios econômicos – poder pagar ou ser beneficiário da previdência – para acesso aos serviços de saúde. A blindagem da rede privada de saúde buscada pela CNSAÚDE, indiferente à preservação do sistema público, restaura o modelo de acesso seletivo e excludente, mas, agora, colocando *os 160 milhões de brasileiros* (3/4 da população) que não tem plano de saúde na categoria de “indigentes de saúde”. Essa é uma solução francamente contrária à diretriz de universalidade da saúde e ao próprio reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos (CRFB, art. 6º e 196).

**(b) Equidade sanitária: a consideração das vulnerabilidades e necessidades concretas para a regulação de acesso. Saúde, igualdade e exclusão social**

56. A diretriz de acesso igualitário (equidade sanitária) prevista no art. 196 da Constituição também é violada pela proposta da CNSAÚDE. Esse princípio do direito sanitário tem a sua origem atrelada às reivindicações de inclusão de grupos sociais historicamente negligenciados no processo de atenção e de cuidado à saúde.<sup>45</sup> Ele orienta o atendimento de

---

<sup>44</sup> O conteúdo dos princípios constitucionais da Saúde, a partir de sua contextualização com os objetivos do movimento da reforma sanitária, foi desenvolvido em *Ciro Grynberg, Democracia Sanitária: O papel da participação na construção do conceito jurídico de saúde*, 2015.

<sup>45</sup> A origem da noção de equidade sanitária é descrita por Roberto Passos Nogueira, *A impotência da equidade*, In: Ana Maria Costa, Edgar Merchán-Haman, Debora Tajer, *Saúde, Equidade e Gênero – um desafio para as políticas públicas*, 2000, p. 95/109.

demandas de saúde a partir do reconhecimento de situações de desigualdade concreta.<sup>46</sup> Na atual crise sanitária, diante da projeção de escassez de recursos médicos no Brasil,<sup>47</sup> favorecer o acesso àqueles que possuem planos de saúde, por meio de uma inconstitucional blindagem do setor privado de saúde, significa desconsiderar a maior vulnerabilidade da população brasileira pobre para os impactos do COVID-19. Nas palavras da Presidente da Fiocruz, Nísia Trindade, o COVID-19 “*chega de classe executiva, mas se depara com uma realidade em que nós temos uma alta densidade populacional e em condições habitacionais de muitas vulnerabilidades, como é o caso de muitas das nossas periferias e favelas em todos os centros urbanos do Brasil*”.<sup>48</sup>

57. Os números da pandemia apontam que, até o momento, há 1,7 milhões de casos confirmados e 111.828 pessoas no mundo mortas em razão do coronavírus.<sup>49</sup> No Brasil, na data de finalização dessa peça, são mais de 28.000 casos confirmados e de 1700 mortos. As complicações e a letalidade decorrente do vírus, contudo, não são distribuídas de maneira uniforme pela população. As desigualdades de renda e de acesso a serviços têm sido apontadas como determinantes para o grau de severidade da doença.

58. A chegada do vírus aos Estados Unidos apontou que, além de fatores biomédicos (pessoas idosas e com condições de saúde pré-existente), fatores biopsicossociais influenciam a progressão da doença para quadros críticos. Em Chicago, por exemplo, apesar de apenas 30% da população da cidade ser negra, 65% da população morta pela COVID-19 integra o grupo.<sup>50</sup> O fato de trabalharem em ofícios que não permitem trabalho remoto (*home-office*),

---

<sup>46</sup> A equidade sanitária é conceituada por Sueli Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior, nos seguintes termos: “A igualdade relacionada ao cuidado com a doença pode ser bem expressa pela máxima: pessoas com a mesma situação clínica devem receber o mesmo tratamento, inclusive no que tange a exames, de apoio diagnóstico, prazos, acomodações, etc. A ideia de igualdade perante serviços públicos de saúde, aliás, não é diferente daquela exigida pelo princípio republicano em relação a qualquer órgão ou serviço público. (Sueli Gandolfi Dallari, Vidal Serrano Nunes Júnior, *Direito Sanitário*, 2006, p. 73).

<sup>47</sup> Flavio C. Coelho *et al.* *Assessing the potential impacts of COVID-19 in Brasil: Mobility, Morbidity and Impact to the Health System*, 2020. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28941>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>48</sup> Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-05/coronavirus-chega-as-favelas-brasileiras-com-impacto-mais-incerto-que-nas-grandes-cidades.html>>. Acesso em 09.04.2020.

<sup>49</sup> Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS. Disponível em: <<https://who.sprinklr.com/>>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>50</sup> Relatórios oficiais da cidade de Chicago disponíveis em <https://www.chicago.gov/city/en/sites/covid-19/home/latest-data.html>. Acesso em 13.04.2020.

e não terem as mesmas facilidades da população branca para acessar serviços de saúde, têm sido apontados como causas para os maiores índices de letalidade.<sup>51</sup> Da mesma forma, os dados do Departamento de Saúde da cidade de Nova York apontam que os bairros de baixa renda são mais atingidos pela pandemia e tem maior severidade da doença.<sup>52</sup>

59. Esses padrões têm se repetido no Brasil. De acordo com as informações divulgadas pelo Ministério da Saúde em 10.04.2020, “*embora minoritários entre os registros de afetados pela doença, pretos e pardos representam quase 1 em cada 4 dos brasileiros hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (23,1%) mas chegam a 1 em cada 3 entre os mortos por COVID-19 (32,8%)*”<sup>53</sup>. Como registrado pelo Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da ABRASCO, “*a população negra, em sua diversidade, também é um dos grupos de risco, obviamente com gradações internas, variando tanto por comorbidades que atingem negras e negros em maior número, caso da hipertensão e da diabetes e, principalmente, a anemia falciforme, ou mesmo pela letalidade social, motivada por questões históricas, políticas e sociais estruturantes de nossa sociedade*”.<sup>54</sup>

60. O ciclo econômico da doença<sup>55</sup> continua marcando as suas vítimas preferenciais. A crise sanitária também tem cor e classe social. Conforme aponta o recente estudo de Luiza Nassif Pires, Laura Carvalho e Laura de Lima Xavier, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, os fatores de risco biomédicos (doenças pré-existentes) para o COVID-19 são mais elevados em pessoas que frequentaram apenas o ensino fundamental. Em

---

<sup>51</sup> A informação foi coletada de reportagem do jornal *The Guardian*. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/08/its-a-racial-justice-issue-black-americans-are-dying-in-greater-numbers-from-covid-19>>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>52</sup> Luiza Nassif Pires, Laura Carvalho, Laura de Lima Xavier, *Covid-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil*, 2020. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/340452851\\_COVID-19\\_e\\_Desigualdade\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID-19_e_Desigualdade_no_Brasil)>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>53</sup> As informações do Ministério da Saúde foram divulgadas em reportagem do jornal Valor Econômico. Disponível em <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/04/11/coronavirus-mais-letal-entre-negros-no-brasil-apontam-dados-da-sade.ghtml>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>54</sup> Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>55</sup> O ciclo econômico da doença reflete a ideia de um círculo vicioso que torna a pessoa cada vez mais doente. Sintetiza que aquele que não conta com um salário mínimo capaz de atender as suas necessidades vitais básicas e que não tem acesso à educação e não dispõe de moradia digna, acaba enfraquecendo e vê as suas oportunidades de trabalho diminuídas. Desse modo, em uma sociedade competitiva, acaba ganhando menos, alimentando-se mal e, conseqüentemente, adoecendo com mais frequência. Sobre o tema v. Sergio Arouca, *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975.

razão da maior incidência de severidade e de fatores de risco na população de baixa renda, o estudo conclui que:

*“A hipótese aqui sugerida de que a base da pirâmide tem maior probabilidade de precisar de internação no caso de contaminação pelo COVID-19 vem somar-se a outros fatores que tornam as populações de baixa renda mais vulneráveis à crise de saúde pública e ao colapso econômico associados à atual pandemia. Não basta, portanto, dedicar esforços maiores para evitar a contaminação de idosos pelo COVID-19: **para evitar o colapso do sistema de saúde e a progressão acelerada do número de óbitos, as medidas desenhadas também devem destinar-se a proteger os mais pobres, seja por meio de políticas de preservação da renda que permitam o isolamento social, seja pela ampliação do número de leitos disponíveis no SUS**”.*<sup>56</sup>

61. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde em 2013,<sup>57</sup> indicou que o nível de instrução no Brasil determina o perfil de quem têm acesso à saúde suplementar. Além disso, demonstrou que a cobertura por planos de saúde é proporcionalmente maior para pessoas brancas em centros urbanos. Os dados confirmam o que é intuitivo: a saúde suplementar atende majoritariamente a população que é menos vulnerável ao COVID-19.

62. Inversamente, no entanto, a disponibilidade de leitos de UTI na rede privada é maior do que a do Sistema Único de Saúde. Além disso, a população-alvo dos leitos de UTI do sistema privado atende a cerca de 25% da população e os leitos de UTI vinculados ao SUS são responsáveis exclusivos pelos 75% restantes e, ainda, por muitos dos 25% que em muitos casos o sistema público. Portanto, a parcela da população brasileira *mais vulnerável* é aquela que conta com a *menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento da crise sanitária*. A desigualdade é evidente. A desigualdade é evidente.

63. A distribuição de ônus sociais com mais intensidade para determinados

---

<sup>56</sup> Luiza Nassif Pires, Laura Carvalho, Laura de Lima Xavier, *Covid-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil*, 2020. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/340452851\\_COVID-19\\_e\\_Desigualdade\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID-19_e_Desigualdade_no_Brasil)>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>57</sup> Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9162&t=resultados>>. Acesso em 13.04.2020.

grupos e indivíduos justifica políticas de proteção social, o que, no caso, significa o reforço de bens e equipamentos para o Sistema Público de Saúde. Essa é a conclusão de dois estudos sobre os impactos da COVID-19 no Brasil, o primeiro realizado pela Escola de Matemática Aplicada da FGV/RJ, pelo Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública, pela Fiocruz, pela *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, pelo *Laboratory for the Modeling of Biological and Socio-technical Systems* e pelo *ISI Foundation*, e, o segundo, pela *Harvard T.H. Chan School of Public Health*, pela Universidade Federal de Minas Gerais e pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde:

*“We have demonstrated that the heterogeneous per-capita distribution of hospital beds is likely to cause an uneven burden distribution which can be minimized by the authorities through preemptive differential investments in the public health care system (SUS). We hope the analysis presented here can help the governments decision-making regarding optimal course of action and resource allocation. Although these results are specific to Brazil, they can also help guide similar analysis in other countries.”*<sup>58</sup>

*“Brazil is, in theory, uniquely equipped to respond to the COVID-19 epidemic. It has a free and universal health system, it has one of largest community-based primary care delivery programs that serves 74.8% of the population, it can learn from the mistakes and success that other countries hit by COVID-19 have made, and it has a history of responding to health threats by implementing governmental action and by generating high-quality scientific evidence, such as was done when Zika virus hit the country. Yet, the current moment is unique. It requires a unified message from the country’s leadership at various levels: federal, state, and municipal. It requires the industry to work in solidarity to produce needed inputs without aiming profit but the collective wellbeing”.*<sup>59</sup>

64. A interpretação da legislação infraconstitucional voltada ao combate à pandemia não pode produzir resultados que reforcem a iniquidade em saúde. A Constituição brasileira adota uma compreensão material de igualdade, concebendo como dever do Estado

---

<sup>58</sup> Flavio C. Coelho *et al.* *Assessing the potential impacts of COVID-19 in Brasil: Mobility, Morbidity and Impact to the Health System*, 2020. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28941>>. Acesso em 13.04.2020.

<sup>59</sup> Marcia C. Castro *et al* *Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil*, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047662v1>. Acesso em 15.04.2020.



adotar as medidas necessárias para reduzir as assimetrias sociais. A desigualdade social e racial ainda é um traço marcante da sociedade brasileira. Essa realidade se projeta na capacidade individual de enfrentar as adversidades e agravos à saúde. O pedido da CNSAÚDE, cujo acatamento inviabilizaria as requisições administrativas, reforça os padrões de desigualdade e impõe risco concreto às vidas das pessoas mais vulneráveis ao vírus: aos pobres e negros, especialmente. O resultado anti-isonômico da pretensão orienta o julgamento de improcedência.

### **(c) As instâncias de concertação do SUS: espaços de pactuação de interesses federativos**

65. A CNSAÚDE justifica a necessidade de restrição às requisições administrativas estaduais e municipais em razão de conflitos federativos que adviriam da busca por bens e serviços de saúde durante a pandemia. O argumento, contudo, não tem fundamento. A imagem distorcida criada pela Requerente ignora a concertação federativa inerente ao Sistema Único de Saúde. O SUS é um sistema de titularidade federativa compartilhada, com interdependência na organização dos serviços. É por essência um sistema pautado no diálogo, na negociação e no consenso interfederativo.

66. Por essa razão, há no SUS espaços permanentes de pactuação federativa – Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite -, cuja atribuição é coordenar as ações e serviços de todos os entes para a realização do direito à saúde. É o que se extrai do art. 14-A da Lei nº 8.080/1990:

*Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:*

*I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;*



*II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;*

*III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.*

67. Além desses foros de concertação federativa em saúde, em 22 de janeiro de 2020, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 188, foi instituído o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para o novo Coronavírus – COE-nCoV. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, que reúnem os representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, integram o COE-nCoV. E uma das atribuições desse Centro de Operações é, exatamente, a articulação das ações federais, estaduais e municipais para a resposta à emergência sanitária. Desde o início da atual pandemia, o COE-nCov tem se reunido *diariamente* para avaliar e orientar todos os órgãos federais, estaduais e municipais do SUS.

68. Eventuais conflitos surgidos no curso da pandemia devem ser pactuados nessas instâncias interfederativas do Sistema Único de Saúde, em vez de se submeterem a um inexistente regime de supremacia federativa da União. De todo modo, o risco de divergência entre os entes federativos em situações concretas não é fundamento para o controle abstrato de constitucionalidade das normas impugnadas. Afinal, ele pode ser equacionado caso a caso, no plano administrativo, e, excepcionalmente, na esfera jurisdicional.

– V –

## CONCLUSÃO E PEDIDOS

69. No livro *O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado*, Michael J. Sandel conclui a obra com a seguinte reflexão:

*“E assim, no fim das contas, a questão do mercado significa na verdade tentar descobrir como queremos viver juntos. Queremos uma sociedade onde tudo esteja à venda? Ou será que existem certos bens morais e cívicos que não são honrados pelo mercado e que o dinheiro não compra?”<sup>60</sup>*

70. A vida humana é, definitivamente, um limite moral e constitucional às liberdades econômicas, a cuja proteção se volta esta ação direta. Porém, a ineficácia da lógica antissolidária, subjacente à presente ADI, está no fato de o Covid-19 não respeitar barreiras sociais. Nenhum serviço isolado conseguirá proteger seus usuários ou clientes. É papel do Estado, para a proteção da saúde de todos – inclusive dos clientes de serviços privados –, a reunião dos recursos disponíveis para que a resposta à pandemia seja a mais efetiva e igualitária possível.

71. Em resumo, não há saída para a crise sanitária sem o respeito à igualdade entre as pessoas, aos princípios básicos que regem o SUS e à autonomia federativa dos estados, Distrito Federal e municípios. E a pretensão da Requerente atenta gravemente contra todos esses princípios constitucionais.

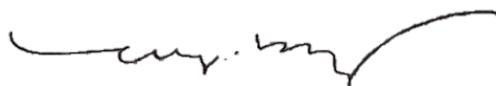
72. Diante do exposto, a ABRASCO requer:

- a) A sua admissão no feito, na qualidade de *amicus curiae*, com todas as correspondentes faculdades processuais;
- b) seja negado conhecimento à presente ADI, ou, se superada a preliminar arguida, no mérito, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados pela Requerente.

Do Rio de Janeiro para Brasília, 16 de abril de 2020.

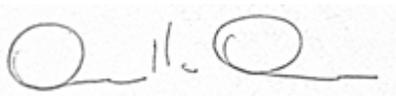


**DANIEL SARMENTO**  
OAB/RJ nº 73.032



**CIRO GRYNBERG**  
OAB/RJ nº 129.236

<sup>60</sup> Michael J. Sandel, *O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado*, 2012, p. 202.



**CAMILLA GOMES**  
OAB/RJ nº 179.620



**JOÃO GABRIEL PONTES**  
OAB/RJ nº 211.354

ACADÊMICOS DE DIREITO

*Anna Luiza Robson Rubbiano*  
**ANNA LUIZA ROBSON RUBBIANO**

*Eduardo Ramos Adami*  
**EDUARDO RAMOS ADAMI**

*Raphaella Azevedo de M. Silva*  
**RAPHAELA AZEVEDO DE MELLO SILVA**