

ISBN: 978-65-87823-87-4

# A CRISE DA COVID-19 NO BRASIL E SEUS REFLEXOS



Capa: Marcos Vianna e Darel/CEUB

Organizadores:  
Gleisse Ribeiro Alves  
Gabriel Blouin Genest  
Eric Champagne  
Nathalie Burlone



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

CEUB

# A PARADIPLOMACIA: ALTERNATIVA DE FINANCIAMENTO VIÁVEL PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE?

Gleisse Ribeiro Alves<sup>1</sup>

Eryck Chaves Tavares<sup>2</sup>

Helohane Rodrigues Carneiro Pereira  
Pedro Carvalho de Holanda Rodrigues

Victor Hugo Xavier dos Santos

Laura Luiza Gonçalves Teixeira

Leticia Rodrigues de Carvalho

Carlos Eduardo Soares

Victor Jak van Erven Sigaud

## RESUMO

A recente conjuntura do COVID-19 vem demonstrando que, apesar da coordenação da governança mundial, países federativos respondem de formas díspares na implementação das estratégias globais. O Brasil mesmo com uma política estatal universal e coordenada de saúde pública (SUS) tem sido menos efetivo na implementação das medidas globais devido à pouca sinergia entre as diversas dimensões políticas realizadas por cada ente federativo. Verifica-se de forma cada vez mais crescente a impotência dos Estados em suprir as necessidades dos indivíduos. O Estado brasileiro não foge a essa regra ao ser muitas vezes omissivo na implementação de políticas públicas capazes de promover de serviços públicos de saúde a todos. Nesse sentido, a atuação da paradiplomacia pelos entes federados tem se tornado uma das alternativas viáveis para fazer frente à crescente demanda de ações para prover os serviços do SUS. Dessa forma, o presente trabalho buscará num primeiro momento discorrer sobre a falência estatal brasileira em prover do Direito fundamental à saúde e finalmente identificar e apontar as atuações da paradiplomacia no enfrentamento ao sub-financiamento da saúde pública no Brasil.

**Palavras-chave:** Financiamento SUS; Direito fundamental à saúde no Brasil; Ações da paradiplomacia

---

<sup>1</sup> Doctor in International Law (Université Lorraine, France); Law and International Relations Professor (University Center of Brasília, Brazil); Visiting Professor (Université Lorraine, France). Email: gleisse@yahoo.com

<sup>2</sup> Membros do grupo de pesquisa sobre Governança Global do CEUB, alunos egressos e graduandos do Curso de Relações internacionais do CEUB/Brasília.

## 1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020 o mundo deparou-se com o desafio a ser superado após o pronunciamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a declaração de que surto de COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

A Pandemia de COVID-19 teve origem em 08/12/2019 na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na China. No início, o ponto em comum era uma “pneumonia de causa desconhecida” e em todos os casos havia relação com consumo de frutos do mar e de animais vivos. Em 5 de janeiro de 2020 a OMS é alertada pela China sobre os 44 casos de uma “pneumonia de causa desconhecida”. No dia 9 de janeiro 2020 houve a divulgação do código genético do vírus: coronavírus (SARS-CoV-2). Desde 30 de janeiro de 2020 com a declaração a nível global de que se tratava de um surto, o mundo tem lutado para combater a pandemia.

Serviços de saúde são cada vez mais demandados e os protocolos de crise não são suficientemente eficazes para garantir a atuação urgente do enfrentamento da COVID-19. Para o provimento de tais serviços o Estado necessitou de forma cada vez mais urgente desenhar e implementar políticas públicas. É importante salientar que a execução de políticas públicas depende de gastos públicos, logo é no processo político-jurídico de definição do dispêndio público onde se encontra a gênese das políticas públicas. É nas leis orçamentárias, nas diretrizes orçamentárias e nos planos plurianuais, todos de iniciativa exclusiva do Poder Executivo e aprovados pelo Poder Legislativo, o ponto de partida das políticas públicas. O resultado final do procedimento é a real prestação de serviços públicos à população.

Ocorre que o Estado Brasileiro, por exemplo, deparou-se com uma pandemia sem precedentes e que cada vez mais mostra a ineficiência e o sucateamento dos serviços de saúde tão necessários aos cidadãos. O que se presencia diariamente nos hospitais ou nos noticiários é a crescente incapacidade Estatal em prover os serviços de saúde. Alguns pensarão e defenderão que tal crise decorre do grande volume da demanda por serviços de saúde e que tal crescimento, não se deu somente no Brasil. Na verdade a crise de saúde no Brasil antecede a pandemia.

O presente trabalho tem por problema de pesquisa demonstrar como a paradiplomacia pode ser uma alternativa viável para que o Estado brasileiro possa superar tal crise e assim buscar financiamentos para o provimento do direito fundamental à saúde.

Para tanto, utilizar-se-á a seguinte estrutura de análise: primeiramente demonstrar-se-á o preceito da política estatal brasileira em prover do Direito fundamental à saúde. Posteriormente, demonstrar-se-á como a COVID-19 aumentou e a crise estatal brasileira no que se refere à elaboração de políticas públicas garantidoras do direito fundamental à saúde. Por fim, buscar-se-á, por meio de exemplos, demonstrar como a Paradiplomacia pode atuar e contribuir para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

## **2 O BRASIL E A POLÍTICA PÚBLICA DE PROMOÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE**

Mesmo que se tenha no Brasil a Constituição Federal como marco da garantia dos Direitos fundamentais, mister se faz assinalar, a seguir, as mudanças estatais na promoção de políticas públicas de garantias de direito à saúde.

### **2.1 Conceito de Direito Fundamental**

Direito fundamental é considerado pela doutrina um conceito muitas vezes ambíguo e de difícil consenso terminológico já que muitas vezes muitas expressões são utilizadas para representá-lo tais como: direitos humanos fundamentais, liberdades públicas, direitos individuais, direitos subjetivos públicos. E muitas dessas expressões aparecem no texto Constitucional brasileiro de 1988, a saber: direitos humanos (art. 4, inc. II); direitos e garantias fundamentais (título II, y art. 5, § 1); direitos e liberdades constitucionais (art. 5, inc. LXXI) e direitos e garantias individuais (art. 60, § 4, inc. IV). (SARLET, 2019, p. 38, tradução livre).

Para o presente trabalho consideraremos Direito fundamental segundo visão de MENDES; BRANCO (2020. p. 139-140):

Os direitos fundamentais são pretensões que, em cada momento histórico, se descobrem a partir da perspectiva do valor da dignidade humana [...] pois essa é capaz de formular

limitações ao exercício do poder e assim prevenir o arbítrio e a injustiça. Ou seja, direitos fundamentais são aqueles direitos que atendem às exigências do respeito à vida, à liberdade, à integridade física e íntima de cada ser humano, ao postulado da igualdade em dignidade de todos os homens e à segurança.

Assim, dependendo do período e do aperfeiçoamento da pessoa humana os direitos fundamentais tornam-se exigências específicas de cada momento histórico. Dessa forma, classificar que tipos de direitos são considerados fundamentais torna-se tarefa árdua e que não se tende à homogeneidade. (MENDES; BRANCO, 2020, p. 139).

Cabe ressaltar, que também confuso é a data do surgimento dos direitos fundamentais. DIMOULIS (2014, p. 10) salienta que para se detectar a origem de tais direitos mister se faz observar os três elementos formadores quais sejam: a) Estado, b) indivíduo e c) texto normativo regulador da relação entre Estado e indivíduos. Assim, somente com a existência do Estado Moderno passou-se a se poder falar em “direitos fundamentais”.

Mesmo que se tenha esse marco na existência dos Direitos fundamentais, mister se faz assinalar que o maior atenção e concretização desses direitos deu-se no pós Segunda Guerra Mundial quando se teve mudanças estatais na promoção de políticas públicas e de garantias de direitos sociais no desenvolvimento dos textos constitucionais e principalmente com a internacionalização desses direitos fundamentais. Com essa internacionalização deu-se a designação de direitos humanos.

No Brasil, por exemplo, a Constituição do Império de 1824 no seu artigo 179 elencava os direitos fundamentais. Contudo, esses eram limitados devido à criação do Poder Moderador concedido ao Imperador. Na Constituição de 1891 também se tem no artigo 72 o rol dos Direitos Fundamentais com o reconhecimento dos direitos de reunião e de associação. Demais Constituições como de 1934, 1937, 1946, 1967 e 1969 também apresentavam um rol sistematizado de Direitos Fundamentais. Grande expressividade a esses direitos fundamentais foi dada na Constituição de 1988 que no Título II regulamenta “Dos direitos e garantias fundamentais”. Contudo, tais direitos fundamentais estão referenciados em diversas partes do texto constitucional (DIMOULIS, 2014, p. 24).

Importante ainda comentar que a Constituição de 1988 trouxe por meio das “cláusulas pétreas” a proteção aos direitos fundamentais. Ou seja, há a limitação do “poder de reforma” no sentido de impedir que tais direitos sejam abolidos ou suprimidos.

## **2.2 A promoção do Direito fundamental à saúde no Brasil**

Políticas Públicas são as medidas administrativas a serem realizadas pelo Estado para se alcançar objetivos específicos conforme explicitado abaixo:

O termo “políticas públicas” é entendido como um conjunto e programas ou ações governamentais necessárias e suficientes, integradas e articuladas para a provisão de bens ou serviços à sociedade, financiadas por recursos orçamentários ou por benefícios de natureza tributária, creditícia e financeira. (BRASIL/IPEA et al, 2018, p. 14)

Verificar-se-á nas linhas a seguir a sistemática das etapas que dão ensejo à formação e execução das políticas públicas. Esses passos são importantes para que ocorra uma boa elaboração e aplicação de uma política pública. Assim, esta deve seguir/cumprir algumas etapas quando do seu processo de elaboração, a saber: i) identificação e definição da agenda pública, ii) formulação e escolha das políticas públicas, iii) implementação pelo órgão competente, iv) avaliação por mecanismos contidos na Constituição e nas leis (FONTE, 2013, p. 50).

### **i) Identificação da agenda pública**

Nessa fase se identifica e se define as prioridades e a forma de se alcançar o objetivo ou, no caso específico, a realização de determinado serviço público. Como salienta FONTES (2013, p. 50-51), essa agenda depende da percepção estatal sobre como deve ser tratada determinada demanda social. Mister se faz esclarecer que muitas vezes essa visão estatal é direcionada seguindo a capacidade de mobilização/reivindicação da massa pública. Agentes como associações privadas, sindicatos, mídia, grupos de lobby conseguem muitas vezes influenciar e mesmo definir a agenda pública.

## **ii) Formulação e escolha de políticas públicas**

No que se refere à formulação de políticas públicas tem-se a estruturação e desenho da política. Ou seja, descreve-se como ela será estruturada. Na maioria dos casos para essa formulação encontra-se limites nos textos legislativos. No caso específico do Brasil, essa formulação encontra limites no texto constitucional. Os poderes legislativo e executivo possuem papel fundamental nessa etapa pois dialogam para que se concretize o passo a passo de como cada etapa será desenvolvida bem como o orçamento que será destinado para tal feito.

Como salienta FONTE (2013, p.53), o agente público deve manter o compromisso com os critérios sociais e não individuais quando da escolha e formulação da política pública.

## **iii) Implementação**

Como implementação entende-se a realização concreta dos planos estabelecidos nas etapas anteriores. Muitas vezes para a concretização e implementação da política necessita-se da estreita relação entre todos os envolvidos: agentes públicos, entes privados, entidades financiadoras, sociedade civil e demais atores envolvidos para a boa realização da política pública.

Convém, por oportuno, ressaltar que em todas as fases da implementação há a necessidade da análise cuidadosa da medida a ser aplicada para verificação da coerência existente entre o ajustamento dos objetivos da política pública com a realidade social. Como salienta FONTE (2013, p. 57), a não realização dessa análise é um dos pontos que muitas vezes explicam o insucesso das políticas públicas.

## **iv) Avaliação**

Avaliar uma política pública significa analisar a eficácia ou não da execução dos objetivos fixados no projeto inicial da política. Ou seja:

A avaliação deve ser um processo objetivo de exame e diagnóstico da política pública sob análise. Devem ser considerados, dentre outros aspectos, a forma como a política está sendo implementada, seus efeitos desejados e adversos, os principais *stakeholders*, e a forma como os recursos públicos

estão sendo utilizados. [...]. A avaliação deve ser conduzida preferencialmente por outros órgãos independentes, não diretamente responsáveis pela execução da política pública, como os órgãos centrais (Casa Civil; Ministério da Fazenda – MF; Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – MP; e o Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União – CGU), o Ipea e o Tribunal de Contas da União (TCU), bem como pelas universidades e fundações privadas, mediante interação com o gestor responsável pela política pública. (BRASIL/IPEA et al, 2018, p. 14)

Nosso texto constitucional estabelece alguns mecanismos legais de avaliação de políticas públicas: são quatro os mecanismos de avaliação de políticas públicas, cujos parâmetros de controle são distintos e envolvem diversas esferas, a saber: i) Político-eleitoral, ii) Administrativo-interno, iii) Legislativo, iv) Judicial (FONTE, 2013, p. 59).

O autor FONTE (2013, p. 59-65) explica que o método Político-eleitoral permite que cidadãos julguem as entidades públicas e seus planos de ação. O processo de avaliação por via Administrativo-interno significa que avaliação é realizada pelos próprios mecanismos internos da Administração pública. O mecanismo de avaliação por via legislativa é o controle de políticas públicas exercido pelo Poder Legislativo e pelos Tribunais de Contas. Por fim, o método de avaliação via judiciário ocorre quando este é provocado para analisar a constitucionalidade/inconstitucionalidade de políticas públicas.

A partir dessa descrição da avaliação das políticas públicas, percebe-se que é comum nas democracias contemporâneas o envolvimento dos três poderes distribuídos de forma equitativa e equilibrada para a efetivação de uma política pública.

No que que refere à promoção do Direito fundamental à saúde, MENDES (2020, p. 742) cita que a Constituição Brasileira de 1988 foi a primeira a consagrar a questão da saúde como direito fundamental. Ou seja, ela estabelece que a saúde está no rol dos direitos de prestação em sentido amplo. HÄBERLE (2019, 20-21) sintetiza que esse direito prestacional é a relação entre o cidadão e o Estado. Acrescenta que é fundamental se deixar em primeiro plano que essa interação seja permeada de planejamento, de comunicação, de cooperação, de participação.

O Brasil optou por garantir ao povo um acesso universal, gratuito aos serviços de saúde que precisam ser prestados com equidade e integralidade.

As ações e serviços de saúde no Brasil<sup>3</sup> são regulados por normas infraconstitucionais que disciplinam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS): Lei nº 8.080/90 e seus regulamentos e diversas diretrizes<sup>4</sup>. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (art. 4, Lei 8080/90).

Conforme explica REIS (2012, p. 8), as disposições infraconstitucionais que instituíram o SUS, a Lei nº 8.080 de 19/9/90 detalha a organização, as atribuições de cada ente da Federação (federal, estadual e municipal), a gestão financeira e o orçamento bem como a participação complementar do sistema privado. Já a Lei nº 8.142 de 28/12/90 disciplina as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, a participação da comunidade na gestão do SUS. Também, instituiu os Conselhos de Saúde. REIS (2012, p.8) ressalta que ao longo dos anos várias outras políticas foram sendo implementadas para o aperfeiçoamento do SUS.

---

<sup>3</sup> Sabe salientar que o SUS é a concretização da Reforma Sanitária iniciada no Brasil na década de 70. “Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), fundado em 1978, movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país nos anos 1970 e 1980 e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros. REIS (2012 p. 3).

<sup>4</sup> Como exemplo vale citar algumas Diretrizes do SUS:

- Diretrizes para a Atenção Psicossocial: Portaria MS/GM no 678, de 30/3/2006
- Diretrizes nacionais para o saneamento básico: Lei no 11.445, de 05/01/2007
- Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostmizadas (instituídas pela Portaria MS/SAS no 400, de 16/11/2009)
- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004
- Diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, e Municípios. Portaria no 3.252/2009
- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde
- Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores
- Diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Portaria no 3.189/2009
- Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, 2006 [...]

Contudo, a “Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) só entrou em vigor em 2006 e teve o Conselho Nacional de Saúde em 2014. Dessa forma, a continuidade dos programas foi mantida e o Brasil passou cada vez mais a ser referência do cuidado à saúde nos fóruns internacionais:

A redução da prevalência do tabagismo em 30% constitui meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: 2011 – 20229, do Plano Global de DCNT 2015-2025 e da Agenda 2030, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O Brasil foi considerado referência global pelo êxito alcançado e recebeu prêmios da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação Bloomberg e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). As medidas implementadas estão em sintonia com as boas práticas preconizadas pela OMS. (MALTA, 2018)

Ocorre que, em 2015, os acontecimentos políticos no Brasil deixaram cicatrizes no processo de reformas ministeriais no âmbito da saúde. Durante governo da Presidente Dilma Rousseff houve mudança na gestão do Ministério da Saúde e publicação de várias portarias ministeriais 958 e 959, de 10 de maio de 2016 que trouxeram mais instabilidade à gestão de saúde no Brasil. Com o impeachment da Presidente em agosto de 2016, sendo o cargo assumido pelo então Vice-Presidente da República, Michel Temer, a crise na saúde seguiu a instabilidade político-institucional brasileira.

Em 2017, em meio à crise política- econômica do Brasil, entra em vigor o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017 e como salienta ALMEIDA (2018) “ele foi fruto da arena de disputas travadas no campo da gestão interfederativa, em que prevaleceram os interesses de parte dos atores, ao passo que algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas à Política de forma tímida e superficial”.

Ocorre que para a implementação das políticas preconizadas no PNAB 2017 havia a necessidade de grande indução financeira federal e o que houve na prática foi redução desses insumos econômicos com a entrada em vigor da Emenda Constitucional 95/2016<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. EC limitou os gastos governamentais até 2036 como única medida capaz de retornar o crescimento da economia.

Dessa forma, verifica-se diversos impasses da política estatal brasileira pré-COVID-19 em prover do Direito fundamental à saúde. As políticas de destaque realizadas pelo Brasil em crises sanitárias anteriores como: “a ação coordenada de gestão, ao dar resposta à Emergência de Saúde Pública Internacional diante do vírus Zika e sua relação com surto de microcefalia; As ações de prevenção/controlado das arboviroses (dengue, chikungunya), influenza, H1N1 e, mais recentemente, sarampo” (ARAÚJO 2020) não foram suficientes para garantir uma melhor gestão da pandemia COVID-19 como veremos a seguir.

### **2.3 A Constituição Brasileira e os investimentos mínimos obrigatórios destinados à saúde**

Convém evidenciar que o constituinte brasileiro positivou o Direito à saúde como um direito fundamental. Além dessa preocupação em dispor os direitos sociais como garantia fundamental, também estabeleceu constitucionalmente os investimentos mínimos nas áreas de educação e saúde:

**Art. 195.** A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais. [...]

**Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. [...]

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre.

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, **não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)**;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

[Brasil. Constituição Federal 1988]

Importante ainda acrescentar que esses dispositivos constitucionais foram regulamentados/alterados por diversas legislações, a saber:

*Lei 8080 de 19 de setembro de 1990:* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços;

*Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990:* Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Vale lembrar que esses investimentos mínimos estão delineados no sistema orçamentário. A Constituição brasileira definiu que todo o ciclo orçamentário (elaboração, apreciação legislativa, execução, controle e avaliação) terá a participação do equilíbrio de forças estabelecido entre os poderes Executivo e Legislativo (OLIVEIRA E FERREIRA, 2017).

Como resultado espera-se que mais do que um jogo de poder, o orçamento seja um mecanismo capaz de promover a concretização dos direitos fundamentais. Como bem salienta SANTOS e GAPARINI (2020, p. 381) o Presidente da República tem o papel de apresentar seu plano de governo e o Congresso Nacional o aperfeiçoará no momento da apreciação podendo modificá-lo por meio de emendas parlamentares. Importante acrescentar que nesse processo de apreciação, a propositura de emendas não pode criar despesas e sim tão somente realocá-las.

Assim cada Poder tem papel específico e complementar no que se refere à elaboração no processo de decisão orçamentária:

As Casas Legislativas devem apreciar as leis orçamentárias (PPA, LDO e LOA), autorizar os créditos adicionais, deliberar sobre medidas provisórias, controlar e fiscalizar a atuação do governo. Além disso, é vedado ao Executivo atuar em diversas frentes sem a participação do Congresso, a exemplo do que dispõe o art. 167 da Carta de 1988. Somando-se a isso, conflitos a esse respeito estão sujeitos ao controle jurisdicional. (SANTOS e GAPARINI 2020, p. 381)

Ademais, cabe frisar que o planejamento orçamentário definido no art. 165 da Constituição brasileira estabelece três espécies de leis orçamentárias: Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). HARADA (2000) explica que o PPA estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, para período superior a um ano; A LDO, nos termos do § 2º do art. 165, “compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento”. Por fim, a LOA é aquela que abarca o orçamento fiscal referente aos três Poderes da União, fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, além do orçamento de investimentos das empresas estatais (§ 5º do art. 165 da CF);

Assim, nesse ciclo orçamentário os poderes Legislativo e Executivo devem atuar de forma complementar para a aprovação da proposta orçamentária. Ocorre que no Brasil esse processo passou a ser conhecido como presidencialismo de coalisão. Como salienta SANTOS e GAPARINI (2020, p. 340) o “Presidente da República faz alianças com diversos partidos, a fim de obter maioria no Congresso e aprovar suas propostas”. Esse sistema favorece a governabilidade mas ao mesmo tempo induz o excesso de barganhas que muitas vezes não viabiliza a eficiência de ações públicas.

Com a finalidade de se proporcionar a governabilidade e um melhor gerenciamento do processo legislativo orçamentário, o Executivo tem a iniciativa das leis orçamentárias que são apreciadas pelas Casas do Congresso (om discussão

parlamentar, emendas, votação, aprovação, veto, sanção). Cabe salientar que nos anos de 1990 a 1993, antes da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias, definiu-se que 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social seria destinado ao setor de saúde. Contudo, esse percentual nunca foi cumprido! (MARTINIANO, C. et al, 2011, p. 90).

Ao longo dos anos o SUS foi marcado por um constante declínio no financiamento de suas atividades.

Apresenta-se na Tabela 1 abaixo os investimentos em serviços públicos de saúde em alguns países da OCDE. Percebe-se há uma média de variação de aplicação acima de 5% do PIB dos países. A Colômbia, por exemplo, há uma média de 7% do PIB destinado para financiamento dos serviços de saúde. O Chile tem tido aplicações crescentes no sistema de saúde. Quando observamos o Brasil o valor é inferior a 5% !<sup>6</sup>

**Tabela 1 -** Aplicação PIB (%) serviços públicos de saúde

RTgime de financement	Tous les régimes de financement									
Fonction	Dépenses courantes de santé (toutes les fonctions)									
Prestataire	Tous les prestataires									
Mesure	Pourcentage du produit intérieur brut									
Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Pays</b>										
Canada	10,7	10,4	10,5	10,4	10,2	10,7	11,0	10,8	10,8	10,8
Chili	6,8	6,8	7,0	7,4	7,8	8,3	8,5	9,1	9,1	9,1
Colombie	7,1	6,8	6,7	7,0	7,2	7,5	7,5	7,7	7,7	7,7
France	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,4	11,5	11,3	11,3	11,3
Allemagne	11,1	10,8	10,9	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,3	11,3
Portugal	10,0	9,7	9,7	9,4	9,3	9,3	9,4	9,3	9,3	9,3
Suisse	9,9	10,0	10,2	10,5	10,6	11,0	11,3	11,5	11,5	11,5
Royaume-Uni	9,8	9,8	9,9	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	9,8	9,8
États-Unis	16,3	16,2	16,2	16,1	16,3	16,5	16,8	16,8	16,8	16,8

Fonte: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

Muitas propostas surgiram para se tentar obter a alocação de recursos para a área da saúde:

Propostas de Emendas Constitucionais chegaram ao Congresso Nacional em 1999. Uma por iniciativa do Deputado

<sup>6</sup> Brasil aplicou 3,8% do PIB em saúde pública em 2016. Fonte: <https://www.conjur.com.br/2021-set-30/stf-fixa-regra-pagamento-servico-hospitalar-ordem-judicial>

Chafick Farah (PPR/SP) que propôs que a União destinasse à saúde 18% de toda sua receita de impostos e contribuições. A outra propositura, de autoria dos Deputados Waldir Pires (PT/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), reitera a destinação dos 30% do OSS para o setor saúde, e ainda 10% da receita de impostos do Tesouro Nacional, o que deveria ser seguido também pelas demais esferas de governo. Ambas as propostas são modestas em relação ao comprometimento do PIB, já que os recursos advindos da primeira equivalem a 1,8% e a segunda a 2,66% do PIB (MARTINIANO, C. et al, 2011, p. 96).

Dessa forma, por meio de proposições de Emendas à Constituição tem-se buscado a legalidade e o estabelecimento de vinculação de recursos para a saúde:

- Somente após seis anos, desde a apresentação da PEC Nº. 169 na Câmara de Deputados, pelos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, em 1993, e sua aglutinação com a PEC Nº. 86, de autoria do Deputado Carlos Mosconi, em 1995, é aprovada a **Emenda Constitucional Nº. 29** (EC Nº. 29), em 13/09/2000, que vincula recursos para a saúde nas três esferas de governo, de forma progressiva até o ano de 2004 e estabelece percentuais mínimos de participação das receitas dos estados e dos municípios em 7%, a partir do ano de sua implantação. No caso dos estados e municípios, a destinação deveria crescer anualmente até atingir de 12 e 15 %, respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e transferências constitucionais;

- No ano de 2007, houve um bloqueio de R\$ 16,4 bilhões, do que estava previsto no Orçamento Geral da União. Desta verba contingenciada, 46% correspondia à área social. As despesas para as políticas sociais (saúde, assistência social, educação, saneamento, entre outras) estavam previstas em R\$ 65,1 bilhões e passaram a ser R\$ 57,4 bilhões. O principal corte foi no Ministério da Saúde, que teve um orçamento diminuído de R\$ 40,6 bilhões para R\$ 34,8 bilhões.

O controle e acompanhamento do cumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde são gerenciados pelo SIOPS<sup>7</sup> (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Desde sua criação em 2000, verifica-se que o mínimo constitucional a ser investido em políticas de saúde ainda é um desafio a ser perseguido (MARTINIANO, C. et al, 2011, p. 106).

---

<sup>7</sup> O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. Fonte: <http://antigo.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>

Além da EC n. 29 de 2000, SANTOS e GAPARINI (2020, p. 365) explicam que outras Emendas constitucionais foram promulgadas: EC n. 86 de 2015; EC n. 100 de 2019; EC n. 105 de 2019. A Emenda Constitucional n. 86 de 2015, por exemplo, que instituiu montantes obrigatórios de execução orçamentária para a área de saúde tendo como base de cálculo a Receita Corrente Líquida (RCL) do ano anterior.

Em resumo, embora hoje se tenha o preceito constitucional de aplicação de recursos mínimos, o relatório da OCDE “Relatório Econômico para o Brasil – maio 2021” aponta que o gasto com saúde representa 4,7% do PIB do Brasil, percentual que deve ser elevado, até 2060, para 12% do PIB. (OCDE, 2021).

É inegável, conforme explicita CAVALCANTE (2018) o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo: a assistência do SUS atinge milhões de pessoas, desde a assistência básica e preventiva até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, inclusive com células-tronco.

Embora, com toda a capilaridade, a pandemia COVID-19 tem ressaltado os pontos frágeis do SUS e acima de tudo tem apontado as limitações presentes no federalismo brasileiro, pontos que serão abordados nos tópicos a seguir.

## **2 A PARADIPLOMACIA: ALTERNATIVA VIÁVEL PARA A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO SUS**

A crise estatal brasileira vai além de problemas de saúde pública, há cada vez mais no país uma crise multidimensional e sistêmica. Crise esta que não foi iniciada pelo governo atual do Presidente Jair Bolsonaro e nem com pandemia. Muitos especialistas (DWECK; MORETTI; MELO 2021) descrevem que a pandemia COVID-19 no Brasil veio a aprofundar mais ainda a crise econômica (se arrasta no Brasil desde 2014), institucional (há uma desintegração política). Desde a Constituição de 1988 tenta-se consolidar a democracia e o fortalecimento das instituições públicas e sanitárias (Fiocruz explica que Covid-19 é a maior crise sanitária e hospitalar que o Brasil já enfrentou<sup>8</sup>).

---

<sup>8</sup> Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/coronavirus/covid-19-e-a-maior-crise-sanitaria-e-hospitalar-que-o-brasil-ja-enfrentou/>

A pandemia COVID-19 tem acentuado de forma crescente as incapacidades do Estado em lidar com crises globais. Percebe-se, nessas crises globais, que o Estado de forma unitária não dispõe de instrumentos capazes de controlar e mesmo mitigar as consequências e intervenções da crise em outros setores tais como o econômico, político, social.

Nem mesmo a concertação internacional foi capaz de gerenciar todas as ramificações da pandemia COVID-19. Dessa maneira, pode-se assistir à atuação de agentes públicos ou privados que tentam propor, almejam implementar ações possíveis para o enfrentamento da pandemia.

## **2.1 As ações de paradiplomacia desenvolvidas pelos entes subnacionais**

A complexidade e o crescimento das necessidades dos entes subnacionais fizeram com que o Estado relativizasse sua soberania nacional e com esse processo deu-se a criação do fenômeno conhecido como Paradiplomacia. KUZNETSOV (2014) conceitua Paradiplomacia como “uma forma de cooperação desenhada por meio de ações auto-sustentadas entre governos regionais e atores governamentais e não governamentais que buscam alcançar benefícios econômicos, culturais, políticos ou quaisquer outros”. Esse fenômeno proporcionou a inserção de novos atores no âmbito das Relações Internacionais.

Conforme salienta VARELLA (2019) a soberania estatal tem sido cada vez mais relativizada ao longo dos anos. A paradiplomacia tem sido um dos mecanismos que proporcionou essa relativização. Cada vez mais autores demonstram que a paradiplomacia é uma maneira de se atingir a boa governança [...] e um desenvolvimento de políticas públicas capaz de solucionar problemas e de atingir bons resultados sem, contudo, se excluir por completo a ação Estatal (ALDECOA, 1999).

Os primeiros estudos na área datam da década de 70 e a análise deu-se por meio dos casos práticos existentes na América do Norte, principalmente em Quebec e posteriormente no caso no federalismo Norte-Americano. Estudos mais detalhados sobre Paradiplomacia datam dos anos 80 quando o tema passou a ter ramificações

além América do Norte, e começou também a ser estudado na América Latina e na Ásia. Na década de 90, com vários acontecimentos mudando a política mundial, como a queda do muro de Berlim, o fim da URSS e a criação da União Europeia, aumentou-se o interesse no estudo do tema na Europa.

Os anos 90 ficaram marcado segundo o autor Alexander (2015) como da expansão global dos estudos paradiplomáticos e de seus respectivos casos de estudo. O cenário acadêmico desde os anos 70 até meados dos anos 90 foi dominado pela agremiação norte americana, com a ressalva de alguns teóricos canadenses, não só a concentração dos pesquisadores eram dessas regiões citadas como os estudos de casos de regiões fora da América do Norte eram escritos pelos mesmos pesquisadores e não por teóricos locais.

Segundo Alexander (2015), ao longo dos anos 90 essa realidade passou a mudar com o aparecimento de estudos feitos por pesquisadores sobre os casos regionais europeus. Esta realidade se deve muito pela mudança política global e os efeitos catalisadores oriundos dos efeitos da globalização e da regionalização.

A atividade subnacional começou a ganhar atenção da comunidade internacional entre 1980 e 1990, nessa época foram consolidadas entidades subnacionais europeias, muito por conta dos efeitos políticos e econômicos da globalização e pela melhora da integração europeia (aqui entra dentro do fenômeno “novo regionalismo”). Essa importante independência ganha pelos membros locais europeus foi um dos motivos desse crescimento acadêmico dessa década (TAVARES, 2016).

O pesquisador Alvarez (2020), chama atenção para o fato de que os estudos eram focalizados na Europa e nos Estados Unidos, visto que, a maioria dos países da América Latina não despertava interesse dos estudiosos porque eles não consideravam que os governos locais fossem capazes e pudessem realizar uma atividade paradiplomática, considerando que eles não proviam de grande autonomia política até os anos 90.

Os governos não-centrais latino americanos buscavam ter o mesmo sucesso que os do eixo americano-europeu e assim incitar pesquisas sobre o tema na região, porém, o aumento das tensões nas regiões de fronteira além das políticas de

segurança e defesa dominantes na época dos anos 80 e 90 frearam essa intenção de avanço nos estudos (ALVAREZ,2020).

Cabe salientar, ainda, que na Europa a paradiplomacia é mais observada sob o viés do processo de regionalização que ocorre em todo o espaço europeu e não como um tema voltado para a questão do sistema federativo como é comumente interpretado nos EUA ou no Canadá.

TAVARES (2016) cita, por exemplo, o caso da Califórnia e suas atividades internacionais capazes de captar a atenção de várias iniciativas estrangeiras de financiamento de suas ações. Há alguns estudos que buscam demonstrar quais os fatores que têm contribuído à expansão das atividades internacionais dos atores subnacionais. ALDECOA (1999) detectou que as atividades internacionais dos governos subnacionais estão ligadas ao desenvolvimento econômico e a questões como o ambiente, recursos naturais, desenvolvimento sustentável, segurança, cultura, educação, ciência e tecnologia. Dessa forma, a paradiplomacia tem consistido em uma forma de governança (ROSENAU, 2006) capaz de solucionar as ausências estatais. LECOURS (2002) ressalta, no entanto, que os Estados buscam uma boa administração da paradiplomacia para se evitar a desagregação das regiões subnacionais e formação de estados independentes.

A pandemia da COVID-19 apresenta desafios sem precedentes principalmente no que se refere à necessidade de ações conjuntas e imediatas. Autores (PHELAN, A. L. e KATZ, R, 2020) relatam que o mundo enfrenta a pandemia mais grave já vivida em amplitude global. As desigualdades geram impactos diferentes das políticas de resposta, e estas exacerbam as desigualdades. O número de pacientes doentes por causa do surto, colapsa os Sistemas de saúde, e se estende para outros setores da sociedade. Essa realidade apresentou ao mundo desafios cruciais a serem superados tais como a coordenação das lideranças existentes em nível mundial e nacional. Essa cooperação tem exigido ampla colaboração e coordenação dos vários indivíduos e organizações envolvidos.

Estudos (WEIBLE, 2020) demonstram que as respostas acontecem em dois níveis: um Estratégico e outro Operacional, sendo respectivamente realizadas por líderes políticos-administrativos e profissionais da área da saúde. Alguns exemplos

do que vem acontecendo nos países ilustram alguns fatores que influenciam na realização das ações necessárias para combater a pandemia tais como: falhas de comunicação, valores diferenciados presentes em cada sociedade, fragilidade de instituições estatais, visões dispares presentes nas lideranças, políticas, econômicas e científicas. Esses fatores presentes em maior ou menor grau podem minar os esforços para se obter uma resposta coletiva à crise.

A colaboração internacional intensificou-se e o mundo tem buscado combater a pandemia da COVID-19 por meio da governança global. Percebe-se diversas estratégias orientadas para fazer frente aos desafios sem precedentes. Alguns autores salientam (LECOURS, 2002; KUZNETSOV, 2014) que uma das medidas é a coordenação de uma rede global de atores: sejam eles estatais, privados ou instituições internacionais. Esse arranjo de governança permite a participação de diversos atores que buscam desenvolver ações políticas dirigidas pontualmente para o combate da pandemia da COVID-19.

Diante dos desafios colocados pela pandemia, a chamada Diplomacia de Saúde Global e a "Paradiplomacia" tornaram-se ferramentas essenciais frente ao cenário encontrado, especialmente para atores não-estatais e subnacionais. Ao passo que, a pandemia tomava maiores proporções e os países se encontravam em uma crise sanitária mais profunda, as mudanças geopolíticas pareciam nunca ter estado tão presentes no dia a dia dos cidadãos como um todo.

Percebe-se que apesar da governança mundial exercida pela OMS no combate à COVID-19, países federativos respondem de formas distintas quando da implementação das estratégias recomendadas pela OMS. No Brasil, por exemplo, as políticas públicas foram formuladas tanto no âmbito federal como nos âmbitos estaduais e municipais. Cabe citar por exemplo a medida federal tomada desde fevereiro 2020 para combate à pandemia (Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020) que foi sucedida por diversas outras regulamentações seja o âmbito federal ou estadual.

Contudo, tais regulamentações não foram suficientes para garantir a assimetria entre os entes federados e a instabilidade e falta de respostas coordenadas trouxe grave instabilidade e dificuldade em estabelecer respostas coordenadas para

enfrentamento do vírus. A combinação dessas circunstâncias atípicas permitiu ver a crescente prática da Paradiplomacia no país, como foi o caso do governo do Maranhão<sup>9</sup> e de tantas outras unidades subnacionais.

Mesmo diante do esforço dos Estados e municípios em conseguir ajuda internacional, somente no dia 10 de março de 2021 foi sancionada a Lei nº 14.125 de 10/03/2021, que permitiu ao setor privado, municípios e aos estados a compra de imunizantes permitindo maior entrada de vacinas de combate à Covid-19 no país. Assim, a lei concedeu segurança jurídica para que laboratórios internacionais pudessem ser contratados para o fornecimento de produtos, equipamentos diretamente pelos entes da federação, ficando a esses também a responsabilidade em responder pelos atos contratados sem que essa obrigação recaísse sobre a União.

A lei acima citada, ainda estabelece sobre vacinas com registro ou autorização temporária de uso no Brasil, desde que sejam validadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Tais vacinas ainda deveriam, segundo a lei, serem doadas de forma integral ao Sistema Único de Saúde (SUS), durante o tempo em que os grupos prioritários estivessem sendo vacinados, depois disso o setor privado poderia reter metade das vacinas que adquiridas, e a outra parte sendo enviada ao SUS. Estados e municípios ainda devem ter um seguro privado como garantia contra eventuais riscos das condições colocadas pelos fornecedores, como Pfizer/BioNTech e Janssen.

No entanto, o presidente da república ao sancionar a lei, vetou que os municípios e estados comprassem vacinas de forma suplementar, independente se fossem com recurso federal ou não, caso descumprissem o Plano Nacional de Imunização (PNI) ou se a União não conseguisse garantir uma cobertura imunológica adequada. Os motivos apresentados para tal veto, foi o de haver outra lei que sobre o mesmo assunto, com a justificativa de evitar despesas adicionais à

---

<sup>9</sup> O Nordeste já vinha se destacando em questões paradiplomáticas desde 2019, com a criação do Consórcio do Nordeste : uma iniciativa que visava atrair investimentos e utilizar projetos de forma integrada. O consórcio foi formado por nove das vinte e sete unidades da federação brasileira. Vários eram os objetivos: a) realização de compras conjuntas/ compartilhadas; b) promoção da integração regional por meio da articulação e implementação de políticas públicas integradas; c) ampliação e modernização da infraestrutura de exploração dos recursos naturais da região; d) atração de investimentos internos e externos para região Nordeste; etc. e) modernizar a gestão dos Estados Membros e promover parcerias com o setor privado; etc.

União. O governo federal vetou também a obrigatoriedade de o Ministério da Saúde atualizar, no prazo de 48 horas, os painéis de informação das vacinas adquiridas e aplicadas pelo setor privado. Sob o pretexto de que a Constituição Federal só permite por meio de um projeto de lei do presidente da República.

Com esses fatos podemos entender como ausência de uma ação centralizada, e quando a mesma aconteceu foi de modo tardio, do Governo Federal para atuação no combate à Covid-19, deu espaço para que os entes federativos pudessem buscar ajuda internacional que estava à disposição.

Nesse sentido, apresentamos algumas ações de paradiplomacia, a saber:

### *2.1.1 Paradiplomacia e o caso do Maranhão*

O Estado do Maranhão, por exemplo, negociou diretamente com a China a compra de respiradores e máscaras de proteção. Assim, o Estado recebeu em abril de 2020 da China 107 respiradores e 200 mil máscaras. A carga fez o trajeto até o aeroporto de Guarulhos-SP e depois foi fretado um transporte até chegar à São Luís. O governador do Maranhão despachou equipamentos médicos para a Etiópia. Ao desembarcar em São Paulo, a mercadoria foi embarcada diretamente para o Maranhão só onde poderia passar pelos trâmites da Receita Federal, evitando assim que a mercadoria ficasse em São Paulo sob ordem do Governo Federal. Tal estratégia foi organizada para se evitar a apreensão da compra pelo Ministério da Saúde, que estava centralizando os insumos e acabou por apreender equipamentos comprados pelo Estado de Santa Catarina.

“A ‘operação de guerra’ maranhense foi montada após três tentativas frustradas do governo estadual para comprar respiradores de uso em cuidados hospitalares intensivos; a logística para transportar 107 respiradores e 200 mil máscaras, ao custo de R\$ 6 milhões doados por empresários locais, envolveu 30 pessoas.” (ALVARENGA, 2020)

Sob a liderança de Flavio Dino (PCdoB), o governo local optou por descentralizar a saúde e dividir o estado em 18 sub-regiões antes da pandemia. Cada uma dessas áreas possuía pelo menos um hospital administrado pelo estado, distante até 70 quilômetros da cidade em que está localizado. Portanto, São Luís, a capital,

não correria o risco de colapsar devido à chegada de pacientes do interior, assim como aconteceu em Manaus. Dino também transformou alguns hospitais de campanha em instalações permanentes e usou recursos adicionais do Governo Federal para expandir os centros de enfermagem existentes ou concluir projetos em andamento. E assim o Maranhão, antes visto como o estado mais pobre da federação, conseguiu surpreender com a menor taxa de óbitos durante a pandemia (EDOARDO GHIROTTI e CASTRO 2021)

### *2.1.2 Paradiplomacia e o caso do Estado Amazonas*

No Amazonas existem vários motivos que justifiquem, desde antes da pandemia, já possuir um comportamento voltado para o cenário internacional, um desses motivos pode ser demonstrado por suas questões de fronteiras, de desenvolvimento do Polo Industrial de Manaus e por outros motivos, proporcionando um ambiente de constituição da Secretaria Adjuntas de Relações Internacionais (SEARI). Essa Secretaria tem o objetivo de dar tecnicidade, responsabilidade e legalidade para atuação do estado no ambiente internacional. Ela que presta auxílio ao Governador à outras secretarias, em temas que sejam de interesse no meio internacional, sejam elas advindas de instituições governamentais ou da sociedade civil, ou ainda da iniciativa privada.

As diversas articulações realizadas pelo o Estado do Amazonas surtiram efeitos positivos: houve ajuda do Conselho Federal da OAB e do Comitê de Crise do Congresso Nacional, da Embaixada da China e do Instituto Sociocultural Brasil/China (Ibrachina). Com isto conseguiram ser entregues ao Estado do Amazonas 700 cilindros de oxigênio e aproximadamente duas mil seringas. A crise que sufocou a rede de saúde, comprometendo a rede de abastecimento de oxigênio em Manaus, levando muitos a óbitos nos hospitais, foi a cauda de uma resposta da chinesa, que resultou em doações financeiras imediatas para a compra de oxigênio e material hospitalar. Fruto de ações revertidas dos termos definidos e sustentados pela

ação humanitária firmado entre a Ibrachina a OAB Amazonas e a Coordenação Brasil/China da OAB Nacional.<sup>10</sup>

Além do governo estadual o prefeito da capital amazonense, Arthur Virgílio Neto (PSDB), utilizou da Paradiplomacia para conseguir ajuda internacional de aproximadamente 21 chefes de Estado tais como: EUA, França e Alemanha e outros. Essa iniciativa foi batizada com o nome de ‘*S.O.S. Manaus – Help the guardians of the rainforest*’.<sup>11</sup>

Cabe salientar que tais ações paradiplomáticas que acontecem no Estado de Amazonas são auxiliadas por uma estrutura instituída na SERFI – Secretaria de Estado de Relações Federativas e Internacionais. A instituição possui sede em Brasília e foi criada desde 2019, por força de lei estadual, e tem o objetivo de criar diálogo entre o Estado do Amazonas e outros entes federativos e outros atores nacionais e internacionais.<sup>12</sup> Esta estrutura ao ser criada demonstra interesse do Estado em buscar ativamente soluções entre o relacionamento no cenário internacional, sem abandonar o doméstico.

A instituição amazonense possui frutos concretos e publicados de sua atuação como a que aconteceu em fevereiro de 2021, quando houve um encontro destinado para se verificar as ações capazes de se viabilizar a aquisição de insumos tais como o ingrediente farmacêutico ativo (IFA) necessário para a produção das vacinas contra a Covid-19. Participaram dessa reunião: o secretário de Relações Federativas e Internacionais, Adriano Mendonça, representante do governador do Amazonas, Wilson Lima, durante o Fórum dos Governadores em conjunto com a Embaixada da China.<sup>13</sup>

Há ainda registros de que em 27 de maio de 2021 o governador estadual Wilson Lima, em conjunto ao secretário de Relações Federativas e Internacionais (SERFI), Adriano Mendonça, reuniram-se em uma cerimônia virtual, com o embaixador Todd Chapman para o recebimento de 1,1 milhão de Equipamentos de

---

<sup>10</sup> [https://www.oabam.org.br/2021/01/16/oab-am-busca-apoio-internacional-para-fortalecer-socorro-as-vitimas-da-covid\\_19/](https://www.oabam.org.br/2021/01/16/oab-am-busca-apoio-internacional-para-fortalecer-socorro-as-vitimas-da-covid_19/) acessado em 24/07/2021.

<sup>11</sup> <https://noticias.r7.com/prisma/r7-planalto/em-video-prefeito-de-manaus-pede-ajuda-de-21-chefes-de-estado-06052020> acessado em 24/07/2021.

<sup>12</sup> <http://www.serfi.am.gov.br/> acessado em 24/07/2021.

<sup>13</sup> <http://www.serfi.am.gov.br/reuniao-com-a-embaixada-da-china/> acessado em 24/07/2021.

Proteção Individual (EPIs) frutos de uma doação vinda da Embaixada dos Estados Unidos em prol do Hospital e Pronto-Socorro Delphina Aziz, que foi o hospital referência no combate à Covid-19 em Amazonas.<sup>14</sup>

É perceptível como o Estado do Amazonas não reserva esforços para angariar, no cenário internacional, colaboração para encontrar soluções em seus problemas internos. A própria estrutura burocrática que existe em Brasília demonstra que o Governo de maneira sistemática utiliza da Paradiplomacia para conquistar um espaço de atuação.

Cada vez mais a paradiplomacia tem sido utilizada pelos entes subnacionais para atender as necessidades do estado tais como: modernização e especialização de secretarias, hospitais, profissionais de saúde. Assim, os governos subnacionais tomaram a responsabilidade para si, pois a demora por parte do governo central/federal em tomar medidas levou a população da exigir medidas mais pontuais e providências necessárias por parte dos estados e municípios.

Os Estudos demonstram que São Paulo, Bahia, Pernambuco e Ceará são os estados que possuem os maiores números de projetos realizados por meio da paradiplomacia e da cooperação internacional” (CORREA, 2020). Além da temática de saúde outros temas também são destaques nesses tipos de projetos: o desenvolvimento econômico e social, comércio e turismo.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pandemia da COVID-19 no Brasil e no Mundo vem demonstrando que o sistema mundo de globalização precisa ser revisto para que se possa buscar novas alternativas de enfrentamento de temas globais. Verificou-se por meio do presente trabalho que a dificuldade não paira somente no que se refere à complexidade que o tema da pandemia da COVID-19 trouxe ao sistema internacional.

O Brasil mesmo com uma política estatal universal e coordenada de saúde pública (SUS) tem sido menos efetivo na implementação das medidas globais devido à pouca sinergia entre as diversas dimensões das instituições estatais. Percebe-se

---

<sup>14</sup> <http://www.serfi.am.gov.br/cerimonia-virtual-com-a-embaixada-americana/> acessado em 24/07/2021.

cada vez mais a falta de coordenação entre os entes subnacionais o que acaba por não promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas para o combate à pandemia.

Pôde-se perceber que na realidade, a dimensão da cooperação internacional existente entre diversos entes internacionais (OMS, ONU, OMPI, OMC...) não foi possível trazer a solução aos entes nacionais. Na realidade, cabe ainda acrescentar que a efetiva aplicação de políticas internacionais só ocorre quando se tem na esfera local/estatal uma infraestrutura básica capaz de aplicar as recomendações globais.

No caso brasileiro, por exemplo, não foi a falta de recomendações internacionais e nem a falta de um sistema de saúde universal como o que ocorreu em outros países. No Brasil a problemática maior deu-se em torno da falta de coordenação entre as instituições governamentais em todos os níveis: federal, estadual, municipal.

Nesse cenário de crise, o presente trabalho apresentou uma alternativa mediana para o enfrentamento da pandemia. Ou seja, ações não somente Estatais e nem ações unicamente propostas pela comunidade internacional, mas o caminho do meio. Analisou-se, assim, a utilização de alternativas como a paradiplomacia que possibilitou a realização ações pontuais, mais adaptadas às necessidades e às realidades de cada parte do Brasil tão dispare em sua geografia, em sua política e em sua estrutura.

## REFERÊNCIAS

ALDECOA, Francisco; KEATING, Michael. **Paradiplomacy in action: the foreign relations of subnational governments**. Taylor & Francis, 1999.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. 2018, v. 42 [Acessado 2 Abril 2021] , e180. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>

ALVARENGA, Alexandre & Rocha, Erika & Filippou, Jonathan & Andrade, Maria. Desafios do estado brasileiro frente à pandemia pela covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cad. Saúde Pública (Online)** 36(12), 2020.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de; FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200247, 2020. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001400402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400402&lng=en&nrm=iso)>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> acesso 13/03/2021.

BRASIL. IPEA... [et al.]. **Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex post**, volume 2. Brasília : Casa Civil da Presidência da República, 2018. Online. Disponível em<  
<[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218\\_avaliacao\\_de\\_politicas\\_publicas\\_vol2\\_guia\\_expost.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf)>, acesso 13/03/2021.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> acesso 13/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ **NOB-SUS 96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> acesso 13/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/ **NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> acesso 13/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguilar; SILVA JUNIOR, Nelson. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 129-148, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2009000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100009&lng=pt&nrm=iso)>

CAVALCANTE, Denise Lucena; PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva; SOUSA, Thanderson Pereira. Uma análise financeira do gasto em saúde no Brasil. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, V. 6, N. 1, 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>>

CAVALCANTE, João Roberto et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 4, AGO 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>>

CORREA, Sílvia Barros de Santana, A Evolução da Paradiplomacia no Estado da Bahia e a Sua Relevância no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19. **Fórum Nacional de Paradiplomacia – FONAPA 2020**. < <https://integri.com.br/trabalhos-apresentados/a-evolucao-da-paradiplomacia-no-estado-da-bahia-e-a-sua-relevancia-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19/>>

DALLARI BUCCI, Maria Paula. **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2014.

DWECK, Esther; MORETTI, Bruno; MELO, Maria Fernanda G. Cardoso. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, V, 16, n, 28, jan.-abr. 2021. Disponível em: <<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs2.4.8/index.php/cdes/issue/view/30/showToc>>

EDOARDO GHIROTTI; CASTRO, Juliana. **Estado mais pobre do país, Maranhão dá bom exemplo no combate à pandemia**. VEJA. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/estado-mais-pobre-do-pais-maranhao-da-bom-exemplo-no-combate-a-pandemia/>>. Acesso em: 8 Sep. 2021

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais: elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no estado democrático de direito**. São Paulo. Saraiva, 2013.

GIACOMONI, J. Receitas vinculadas, despesas obrigatórias e rigidez orçamentária. In: CONTI, J. M.; SCAFF, F. F. **Orçamentos públicos e direito financeiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

HÄBERLE, Peter. **Los derechos fundamentales en el Estado prestacional**. Lima: Palestra Editores, 2019.

HARADA, Kiyoshi. **Direito Financeiro e Tributário**. Grupo GEN, 2020.

KUZNETSOV, Alexander S. **Theory and Practice of Paradiplomacy Subnational Governments in International Affairs**-Routledge: Routledge New Diplomacy Studies, 2014.

LECOURS, A. Paradiplomacy: Reflections on the Foreign Policy and International Relations of Regions, **International negotiations**, No. 7, 2002, pp. 91–114;

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 2 abril 2021] , pp. 1799-1809. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>>.

MARTINIANO, C., et al. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 85-116. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books.

MENDES, Gilmar F; BRANCO, Paulo G. **Curso de Direito Constitucional**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

OCDE. **Relatório Econômico para o Brasil – maio 2021**. Disponível em <<https://www.oecd.org/economy/retrato-economico-do-brasil/>>

OLIVEIRA, Cláudio Ladeira; FERREIRA, Francisco Gilney Bezerra de Carvalho. O Orçamento Público no Estado Constitucional Democrático e a Deficiência Crônica na Gestão das Finanças Públicas no Brasil. **Sequência (Florianópolis)** [online]. 2017, n. 76, pp. 183-212. Disponível em: <<https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183>>.

PHELAN, A. L. e KATZ, R. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. **JAMA** 323 (8), 709-710, 2020.

REIS, Denizi Oliveira Reis; ARAÚJO, Eliane Cardoso e CECÍLIO. Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2012. Disponível em <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)>

SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; GASPARINI, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política** [online]. 2020, n. 31, pp. 339-396. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-335220203109>>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **La eficacia de los derechos fundamentales**. Una teoría desde la perspectiva Constitucional. Lima: Palestra Editores, 2019.

SOARES, Marcos Antônio Striquer Soares; LIMA, Priscila Rosa Lima. Decisão Judiciária: estudo do pensamento de Robert Alexy. **Revista de Direito Público**, Londrina, V. 7, N. 2, P. 3-16, Maio/Ago. 2012.

TAVARES, Rodrigo. *Paradiplomacy: Cities and States as Global Players*. New York: Oxford University Press, 2016.

TEIXEIRA, Felipe. **A paradiplomacia brasileira perante a política externa nacional nos dias atuais: aspectos contemporâneos das relações federativas e internacionais do país. 2020**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/nebrics/a-paradiplomacia-brasileira-perante-a-politica-externa-nacional-nos-dias-atuais-aspectos-contemporaneos-das-relacoes-federativas-e-internacionais-do-pais/>.

VARELLA, M. D. *Direito internacional público*. , São Paulo: Saraiva, 2019.

WEIBLE, C.M., NOHRSTEDT, D., CAIRNEY, P. et al. COVID-19 and the policy sciences: initial reactions and perspectives. **Policy Sci** 53, 225–241, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09381-4>