UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

KATIA CRISTINA MARTINS GUERRA

DIREITO HUMANO À SAÚDE E INTEGRAÇÃO REGIONAL: ANÁLISE BIOÉTICA DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE IMIGRANTES NA UNIÃO EUROPEIA, MERCOSUL E BRASIL

Rio de Janeiro
2017

KATIA CRISTINA MARTINS GUERRA

DIREITO HUMANO À SAÚDE E INTEGRAÇÃO REGIONAL: ANÁLISE BIOÉTICA DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE IMIGRANTES NA UNIÃO EUROPEIA, MERCOSUL E BRASIL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito final à obtenção do Título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva orientada pela professora doutora Miriam Ventura.

Rio de Janeiro
2017

G934 Guerra, Katia Cristina Martins.
Direito humano à saúde e integração regional: análise bioética do acesso à assistência à saúde de imigrantes na União Europeia, MERCOSUL e Brasil / Katia Cristina Martins Guerra. – Rio de Janeiro: UFRJ: UFF: UERJ: FIOCRUZ, 2017.
192 f.; 30 cm.

Orientadora: Miriam Ventura.

Tese (Doutorado) – UFRJ/ UFF/ UERJ/ FIOCRUZ. Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2017.

Referências: f. 174-187.

1. Imigração. 2. Direito à saúde. 3. Bioética. 4. União Europeia. 5. MERCOSUL. 6. Brasil. I. Ventura, Miriam. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Universidade Federal Fluminense. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V. Fundação Oswaldo Cruz. VI. Título.

CDD 174.2

KATIA CRISTINA MARTINS GUERRA

DIREITO HUMANO À SAÚDE E INTEGRAÇÃO REGIONAL: ANÁLISE BIOÉTICA DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE IMIGRANTES NA UNIÃO EUROPEIA, MERCOSUL E BRASIL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em Associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 14 de junho de 2017.

_____

Prof[a]. Dr[a]. Miriam Ventura – PPGBIOS/UFRJ

_____

Prof[a]. Dr[a]. Maria Clara Marques Dias - PPGBIOS/UFRJ

_____

Prof[a]. Dr[a]. Marisa Palácios – PPGBIOS/UFRJ

_____

Prof[a]. Dr[a]. Maria Aglaé Tedesco Vilardo – EMERJ

_____

Prof[a]. Dr[a]. Tatiana Wargas de Faria Baptista – ENSP FIOCRUZ

_____

Prof[a]. Dr[a]. Jacqueline de Souza Gomes - UFF

Aos meus pais, Nely e Nicolau Martins, como retribuição a tudo o que sou hoje e o que ainda me proporcionam todos os dias.

Ao meu irmão, Marcos Cezar, que mesmo estando geograficamente longe, sempre esteve perto.

Ao meu marido e companheiro Claudio, pelo carinho e paciência dispensados ao longo dessa caminhada, e as nossas filhas, Barbara e Deborah, nossa maior obra, meus brilhantes, meu maior orgulho nesta vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus. Foi a ele que corriqueiramente busquei forças nesta longa jornada, e me permitiu não desistir, e estar aqui neste momento para contar esta história.

Do ladinho dele vem a minha amada e carinhosa família cujo o apoio foi essencial para cumprir este caminho. Foram muitos momentos difíceis durante a execução deste trabalho, e se não fosse a determinação dos meus queridos familiares provando a mim que eu seria capaz, eu não teria conseguido chegar ao fim. Meus pais que me educaram e me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos. Meu irmão que mesmo de longe sempre torceu e vibrou por esta conquista. Meu marido e companheiro Claudio, meu maior incentivador, sempre pronto a me ajudar, me ouvir e me acalmar nos momentos mais angustiantes. Foram nossas longas conversas que me conduziram até aqui. Aos meus amores Barbara e Deborah, eu peço desculpas pelas horas frequentes em frente ao computador, aos passeios não compartilhados, aos momentos ausentes, e a qualquer gesto indelicado que eu tenha cometido. Vocês são a minha vida, o meu maior bem, e eu não me canso de olhá-las e me sentir orgulhosa de tê-las. Minhas lindas, vocês são meu combustível, é o que mantém minha chama acesa. Obrigada família, por toda torcida, incentivo e compreensão por mais esta fase em nossa vida. Esta tese é nossa.

A minha querida orientadora, Miriam Ventura, de uma inestimável competência técnica, mas que nem de longe se compara a pessoa humana, carinhosa e acolhedora, razões que foram fundamentais na construção deste trabalho. Com o seu jeito apaixonante não permitiu que eu fraquejasse mesmo com todos os problemas, dificuldades e distância. Muito obrigada por não desistir de mim, por lutar por mim. Minha eterna gratidão. Vou levá-la junto ao coração por toda a vida.

A coordenação do PPGBIOS, em especial, aos professores Sérgio, Marisa, Maria Clara e Dimas, pelo entendimento e compreensão da minha situação particular que foi essencial no meu caminhar. Obrigada por acalmar meu coração.

Aos professores do doutorado pelos valiosos ensinamentos durante o curso e a Leila sempre pronta a me socorrer por todo este tempo.

As minhas amigas do doutorado Keith e Letícia, pela amizade e momentos que passamos juntas.

Ao Hospital dos Servidores do Estado, em especial, Simone Rodrigues, pelo exemplo de amizade e forma como conduz sua gestão, que possibilitou minha inserção no doutorado.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em particular Giannina, Gisela e Sergio, pelo entendimento do tempo dispensado ao doutorado.

Aos meus tios, tias, primos, primas e aos que não lembrei de mencionar, mas que participaram diretamente ou indiretamente deste desafio.

A todos vocês, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

GUERRA, Katia Cristina Martins. **Direito humano à saúde e integração regional**: análise bioética do acesso à assistência à saúde de imigrantes na União Europeia, MERCOSUL e Brasil. 2017. 203 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Instituições de Ensino Superior Associadas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O processo de integração dos países do bloco europeu e sul americano visando estabelecer relações econômicas e comerciais mais vantajosas vem ocasionando o crescimento da população de migrantes e trazendo como consequência o dever dos Estados em garantir o seu acesso aos serviços de saúde. O direito à saúde está no rol dos direitos humanos sociais, mas seu cumprimento é condicionado a algumas regras dos Estados Membros e os imigrantes podem não ter assegurado este direito no sistema de saúde estatal do país receptor. Uma das justificativas é a necessidade de equilíbrio financeiro, o que traz controvérsias morais quanto a sua garantia. Assim, o objetivo foi analisar as questões morais envolvidas nos conflitos e nas normas produzidas acerca do direito humano à assistência à saúde de imigrantes na União Europeia e MERCOSUL, com o intuito de contribuir para o contexto brasileiro, principalmente nas fronteiras e em um futuro mercado comum do MERCOSUL. O estudo consistiu em um trabalho exploratório, descritivo e analítico por um período de 20 anos. Adotou como perspectiva metodológica a abordagem qualitativa. A matriz conceitual utilizada foi a bioética de proteção e direitos humanos. As revisões bibliográfica e documental foram os instrumentos utilizados como métodos de coleta de dados. As fontes foram revistas de bioética, saúde coletiva, saúde pública, direitos internacionais, humanos, CAPES-CNPq, SciELO, PUBMED, SCOPUS, Tribunal de Justiça e legislações e publicações da UE, e a base de dados do MERCOSUL. As jurisprudências do TJUE esclareceram os direitos ao acesso aos serviços de saúde nos Estados Membros, mas não garantiram integralmente o direito ao restringir o acesso a serviços hospitalares e exames de alta complexidade tecnológica. No Brasil, embora o Estado tenha o dever constitucional e pelas leis da saúde de proteger à saúde de forma universal, gratuita, igualitária e integral, este direito não é o vivido na prática pelo imigrante, tendo ocorrido dúvidas e divergências no seu cumprimento, com situações de discriminação e recusa do acesso. No MERCOSUL, não há uma legislação específica para a saúde que determine o conteúdo e a forma como este direito deva ser realizado pelos Estados Membros, ficando a critério de cada país a sua operacionalização, o que abre espaço para que ocorram situações de desigualdades e até mesmo ausência do direito. Mesmo com relatos negativos, o bloco europeu, sul americano e o Brasil vêm demonstrando intenção de garantir, mesmo com forma e estágios diferentes, o direito à saúde, ainda que precários no MERCOSUL. Entretanto, é preciso avançar no combate às dificuldades e iniquidades no acesso à saúde porque os aspectos morais acabam sendo subsumidos aos aspectos econômicos sem uma justificativa aceitável. Promover a solidariedade entre os Estados bem como entre indivíduos e grupos, com especial atenção aos suscetíveis

e vulnerados é condizente com o princípio da proteção e da concepção de direitos humanos universais e igualitários. Mas são necessários a criação e o aperfeiçoamento constante de normas e práticas, para que se alcance a responsabilidade ética com esta população e o acesso à saúde se consolide como um direito humano.

Palavras-chave: Imigração. Direito humano à saúde. Bioética. União Europeia. MERCOSUL. Brasil.

ABSTRACT

GUERRA, Katia Cristina Martins. **Human rights to health and regional integration**: bioethical analysis of access to health care for immigrants in the European Union, MERCOSUR and Brazil. 2017. 203 f. Thesis (Doctorate in Bioethics, Applied Ethics and Collective Health) - Associated Higher Education Institutions, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The integration's process between the countries of the European and South American block, which seeks to establish more favorable economic and commercial relations, has led to the growth of the migrant population and, as a consequence, the duty of States to take measures to guarantee their access to health's services. The human right health is in the role of social human rights, but its compliance has been conditioned to some rules of the Member States and immigrants may not have secured this right in the state health system of the receiving country. One of the justifications of the countries is the need for financial equilibrium, which brings moral controversies regarding the guarantee of the human right to health care. Although migration doesn't necessarily have a health threat, it can increase the vulnerability of individuals, making public policies that certify the right to health essential. In this sense, access to health for immigrants has been considered one of the greatest social challenges of our time, and the objective of this study was to analyze the moral issues involved in the conflicts and norms produced about the human right to health care for immigrants in the European Union and MERCOSUR, with the aim of contributing to the brazilian context, especially in the border areas and in a future common market of the southern cone block. The study consisted of an exploratory, descriptive and analytical work for a period of 20 years. The qualitative approach was adopted as a methodological perspective. The conceptual matrix used was the protection's bioethics and human rights. The bibliographical and documentary review were the instruments used as methods of data collection. The sources were reviewed for bioethics, collective health, public health, international, human rights, CAPES-CNPq, SciELO, PUBMED, SCOPUS, Court of Justice and legislations and publications EU, and the MERCOSUR database. The jurisprudence of the CJEU clarified rights in access to health services in Member States but didn't fully guarantee the right by restricting access to hospital services and examinations of high technological complexity. In Brazil, although the State has the constitutional duty and health laws to protect health in a universal, free, equal and integral way, this right isn't the one practiced by the immigrant, and doubts and disagreements have discrimination and refusal of access. In MERCOSUR, there isn't specific legislation for health determining the content and manner in which this right must be carried out by the Member States, being at the discretion of each country its operationalization, opening space for situations of inequalities and even absence of the law to occur Even with negative reports, the European integration bloc, the South American, and Brazil have been demonstrating their intention to guarantee the right to health, even if they are precarious in MERCOSUR, even in different ways and at different stages. However, it's necessary to make progress in combating the difficulties and inequities

in access health, mainly because we live in a mismatch of human rights with social reality, and the moral aspects end up being subsumed to the economic aspects, without an acceptable justification. Promoting solidarity between States as well as individuals and groups, with special attention to the vulnerable and vulnerable, such as immigrants, is consistent with the principle of protection and the design of human rights. But it’s necessary to create and constantly improve norms and practices, so that ethical responsibility can be achieved with this population, and access health is consolidated as a human right, especially in the border regions of Brazil.

Keywords: Immigration. Human right health. Bioethics. European Union. MERCOSUR. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Demonstrativo da pesquisa documental na EU e MERCOSUL 33
Quadro 2 - Síntese dos direitos comunitários à assistência à saúde 93
Figura 1 - Organograma do Tribunal de Justiça da União Europeia 97
Quadro 3 - Resultado da jurisprudência do TJUE relacionada ao acesso à saúde de imigrantes no período de 1995 a 2015 99

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BP	Bioética de Proteção
CEE	Comunidade Econômica Europeia
CESCR	Comitê Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas
CESD	Cartão Europeu de Seguro Doença
CMC	Conselho do Mercado Comum
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EEE	Espaço Econômico Europeu
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUR-Lex	Legislação e Publicações da União Europeia
FOCEM	Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL
IDH	Interamericana de Direitos Humanos
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MIPEX	Index de Políticas de Integração de Migrantes
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SGT	Subgrupo de trabalho da saúde
TJUE	Tribunal de Justiça da União Europeia
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais
SIS	Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras
SUS	Sistema Único de saúde
TCE	Tratado da Comunidade Europeia
TFUE	Tratado do Funcionamento da União Europeia
TPR	Tribunal Permanente de Revisão
PEAS	Plano Estratégico de Ação Social do MERCOSUL
UE	União Europeia
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
VIH/HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **14**

1 INTRODUÇÃO **16**

2 SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NA ATUALIDADE: ESTRUTURA E DESAFIOS NO CONTEXTO IMIGRATÓRIO **22**

3 ESTRATÉGICA METODOLÓGICA **31**

4 ABORDAGEM CONCEITUAL **37**

4.1 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO 42

4.2 OS DIREITOS HUMANOS INTERNACIONAIS E O ACESSO À SAÚDE PARA IMIGRANTES NOS PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO 53

4.3 PERSPECTIVAS CRÍTICAS DOS DIREITOS HUMANOS 63

5 RESULTADOS **77**

5.1 A UNIÃO EUROPEIA 77

5.1.1 Direitos humanos e saúde pública nos tratados da União Europeia **77**

5.1.2 O processo de integração europeu, sua estrutura e repercussões na saúde **81**

5.1.3 Experiências em zonas de fronteira europeia **85**

5.1.4 Regulamento 1408/71 ..... **86**

5.1.5 Formas de acesso a outro Estado Membro da União Europeia **90**

5.1.6 Aspectos procedimentais e processuais dos pedidos ao TJUE **93**

5.1.6.1 Pedidos ao TJUE referentes aos serviços de saúde dos Estados Membros *94*

5.1.7 A jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia **97**

5.2 MERCADO COMUM DO SUL 117

5.2.1 O processo de integração do MERCOSUL e a sua estrutura **117**

5.2.2 Acordos e planos no MERCOSUL **121**

5.2.3 Cooperação técnica no MERCOSUL **125**

5.2.4 Cooperação técnica brasileira no MERCOSUL **126**

5.2.5 Normativas da saúde no MERCOSUL **129**

5.2.6 Perspectivas das políticas de saúde no MERCOSUL **133**

5.3 BRASIL E A SAÚDE DOS IMIGRANTES 137

5.3.1 Imigrantes no acesso aos serviços de saúde brasileiros **139**

5.3.2 Zonas de fronteira brasileira **144**

5.3.3 Perspectivas brasileiras **147**

6 PROPOSTAS POSSÍVEIS AOS CONFLITOS IDENTIFICADOS.....151

7 CONCLUSÃO 168

REFERÊNCIAS.....174

APÊNDICE.....188

APÊNDICE A - NORMATIVAS DA SECRETARIA DO MERCOSUL 189

APRESENTAÇÃO

Engajei-me no serviço público como cirurgiã-dentista em 1992 e passei anos da minha vida profissional na assistência, trabalhando na ponta do sistema. Mesmo tendo ido trabalhar na gestão, não considero que tenha me distanciado da prestação do cuidado, apenas o trato que não é mais direto com o usuário, mas ele está envolvido em todo o processo, ele é o destinatário do nosso objetivo.

Quando tive que mudar do Brasil por questões pessoais, vi-me na condição de futura usuária de um sistema de saúde, sobre o qual eu não tinha conhecimento dos serviços oferecidos. Além disso, não dominava o idioma local e não sabia dos meus direitos no país. Fiquei inquieta tanto pela situação de desamparo em relação a mim e meus familiares, como pelas outras pessoas que se encontravam na mesma situação que nós, imigrantes. O meu incômodo inicial era como os imigrantes realizavam o acesso aos serviços de saúde na França dentro do contexto da União Europeia.

Diante da minha situação, surgiu meu interesse pelo tema da saúde e imigração. Ele foi crescendo à medida que percebia que o aumento da imigração tem sido um problema contemporâneo, sério e cercado por estigmas e discriminação.

Senti a necessidade de me aprofundar ainda mais nas questões do direito à saúde. Como se dá o acesso nos países? Qual é a cobertura? Quais os instrumentos interinstitucionais?

Procurei encontrar no processo de construção da minha tese de doutorado as respostas a estas perguntas. Queria saber como era o direito humano à assistência à saúde do imigrante, mas ampliando o campo além da União Europeia, incluindo o MERCOSUL, em especial o Brasil.

No decorrer do desenvolvimento da tese entrei inicialmente em contato com os Regulamentos e os Tratados que normatizavam o acesso dos cidadãos de outros países membros da União Europeia, mas ficava uma indagação. Será mesmo que os países cumprem o direito à saúde na sua concepção como direito humano universal e igualitário? Ou seria somente um direito reconhecido em instrumentos legais sem correspondência com a realidade vivida pelos imigrantes? E o MERCOSUL, tem um processo semelhante ao da União Europeia? E o Brasil,

garante este direito e cumpre o seu papel mesmo com todas as dificuldades de acesso ao SUS até mesmo para os nacionais?

No intuito de entender estas questões, comecei a procurar estudos sobre os conflitos bioéticos do direito humano à saúde do imigrante. Contudo, encontrei escassos trabalhos neste campo e estes se direcionavam somente a abordagens dos direitos internacionais sem utilizar abordagens bioéticas.

Em virtude deste vazio de produção e buscando compreender o direito humano à assistência à saúde, escolhi realizar um trabalho qualitativo, com pesquisa bibliográfica e documental, permitindo identificar elementos para contribuir com a discussão e a formulação de leis e políticas públicas no cumprimento do direito à saúde, buscando evidenciar quais os fatores mais relevantes.

1 INTRODUÇÃO

O direito humano à saúde nas suas dimensões tanto individual como coletiva está presente em Constituições; Declarações; e Tratados nacionais, regionais, internacionais e transnacionais, o que faz surgir uma preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos de países pertencentes a blocos de integração regional e com as obrigações dos Estados Membros no âmbito destas prestações.

Ademais, os fluxos migratórios internacionais estão cada vez mais intensos na atualidade, contribuindo para que as discussões sobre políticas públicas para o acesso à saúde de imigrantes se tornem especialmente relevantes.

O Brasil não fica distante deste processo. O país está entre as dez maiores economias mundiais, sediou a Copa do Mundo, em 2014, e as Olimpíadas, em 2016, motivos que o tornam atrativo para a imigração em razão do maior número de investimentos e da procura de mão de obra.

Os processos de integração regional ocupam um importante papel nesta questão, porque há anos eles têm provocado o aumento do trânsito de pessoas no mundo. A construção da União Europeia (UE), a pioneira neste processo, tinha por finalidade a integração econômica e política, e a saúde tinha um papel menor, mas à medida que avançou a livre circulação dos cidadãos, os Estados Membros tiveram que garantir o acesso à saúde e, inevitavelmente, fez-se presente a necessidade de uma conciliação de interesses e de interação entre as políticas sociais, inclusive as sanitárias, e econômicas (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

O estudo de Busse et al. (2002) confirmou que a integração regional na UE refletiu tanto de modo intencional como não intencional nas políticas de saúde. Assim, como Lucchese (2001) indicou repercussões no setor da saúde no Brasil, em decorrência do aumento do livre comércio representado pela participação do país no Mercado Comum do Sul (MERCOSUL).

Análogo ao caminho da UE, o MERCOSUL vem paulatinamente incluindo questões de vigilância epidemiológica e sanitária relacionadas às ações de saúde pública e circulação de produtos. Conforme a integração no MERCOSUL se aprofunde e caminhe para um mercado comum será necessário, entre outros aspectos, garantir o acesso à assistência à saúde nos Estados Membros para se evitar barreiras à livre circulação de pessoas.

A União Europeia vem adotando mecanismos para regulamentação do acesso aos sistemas de saúde dos países membros desde 1971, com o Regulamento CEE nº 1408/71 (UNIÃO EUROPEIA, 1971). Desse modo, os reflexos das leis e políticas de saúde provenientes da integração regional da UE podem contribuir para decisões futuras em relação à saúde correspondente ao processo de integração dos países membros do MERCOSUL, em especial nas regiões fronteiriças.

O processo de integração para o Brasil no MERCOSUL adquire elevada importância em função da vasta faixa fronteiriça brasileira. São 569 municípios em 15.719 km, e a procura de cidadãos de outros Estados Membros por atendimento já é uma realidade nos municípios fronteiriços brasileiros. Nessas regiões de fronteira é possível visualizar, com antecedência, os possíveis impactos que os processos de integração poderão causar nos sistemas de saúde locais.

A UE tem o intuito de reduzir as diferenças regionais mediante cooperação e integração econômica. No entanto, a unificação econômica trouxe a necessidade de ajustes macroeconômicos para o cumprimento de critérios econômicos acordados que podem implicar em restrições nas políticas sociais refletindo nas políticas de saúde. Para cumprir estes critérios os Estados Membros podem precisar subordinar as políticas sociais, inclusive as de saúde, às políticas econômicas e, com isto, substituir as tendências universais de proteção aos direitos sociais, levando ao surgimento de controvérsias no cumprimento do direito ao acesso à saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

Compreendida a bioética como um tipo de ética aplicada às questões morais relacionadas às normas, decisões e condutas no âmbito das ciências da vida e da saúde, em contextos disciplinares diversos, a problemática do acesso à saúde nos processos de integração entre os países e a imigração se revela rica e sua análise necessária, considerando o dever moral de respeito à dignidade e aos valores humanos do direito à saúde, e as responsabilidades dos Estados na sua garantia.

O direito humano à saúde está no rol dos direitos sociais e é garantido por leis na maioria dos Estados nacionais. Nesta linha, a responsabilidade do Estado com a saúde deve viabilizar um sistema público de saúde que atenda às necessidades da população. Sua violação vai de contra ao ideal de uma vida digna e decente para todos os indivíduos. Ademais, o direito à saúde é reconhecido como fundamental para a livre circulação das pessoas nos países da UE, não podendo se constituir

como um obstáculo ao processo de integração regional. Por outro lado, este direito está condicionado a algumas regras dos Estados Membros, e o imigrante pode não ter assegurado o seu direito ao sistema de saúde estatal do país receptor.

Segundo Benhabib (2007), embora o acesso universal à saúde, como um direito humano no campo internacional, esteja estabelecido em várias leis nacionais, este direito está atrelado à cidadania, na perspectiva da nacionalidade do cidadão, não garantindo este acesso a todos os imigrantes.

Além do já mencionado, critérios de ordem pessoal, econômica, política, social e cultural se constituem em processos geradores de vulnerabilidade à doença e, para uma parcela de migrantes, as experiências migratórias causam efetivamente situações de vulnerabilidade, seja no que se refere ao estado de saúde, seja no que se refere ao uso dos serviços de saúde. Questões associadas ao tipo de imigração, a nacionalidade, o acesso a educação e emprego, o isolamento social, as políticas nos países receptores, as rupturas familiares e linguísticas, e o acesso diferenciado a direitos podem afetar negativamente a saúde dos migrantes (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2010).

Dias e Gonçalves (2007) sustentam que o impacto na saúde das experiências migratórias pode ser positivo, negativo ou nulo. As imigrações podem produzir oportunidades de desenvolvimento pessoal e social, sendo encarada como um fator protetor da saúde ou gerar estresse, podendo causar riscos à saúde, aumentando a vulnerabilidade à doença física e psicológica.

Como visto, a imigração não repercute necessariamente como uma ameaça à saúde, mas pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos considerando as diferentes características da população migrante e nativa, e dos próprios sistemas de saúde vigentes nos países. Esses aspectos individuais, programáticos e sociais da vulnerabilidade devem ser pensados na elaboração e implementação de políticas de saúde.

Diante do exposto, o fenômeno da imigração deve ser entendido como uma questão de saúde pública, que envolve questões bioéticas, culturais, sociais, econômicas e de direitos relacionadas às normas e práticas sanitárias, em sua dimensão coletiva e individual. Na dimensão individual, as dificuldades repousam na garantia da igualdade de acesso à saúde de forma equânime entre nacionais e imigrantes, à vista das vulnerabilidades presentes nos processos migratórios.

Outro pressuposto desse estudo é que, principalmente pelo fato da possibilidade de uma parcela de imigrantes ser afetada negativamente pela experiência migratória, tornam-se imprescindíveis normas e práticas institucionais que visualizem essas vulnerabilidades e atendam a necessidades específicas desse segmento, de forma a garantir o direito à saúde deste grupo.

Neste sentido, é importante saber como que a legislação e as políticas públicas dos blocos econômicos lidam, de um lado, com a saúde como um direito humano do imigrante, e, de outro, com as implicações bioéticas advindas das limitações a tal direito, no contexto de ajustes macroeconômicos em um mundo globalizado.

Embora em todo o globo o fluxo de migrantes venha crescendo, os estudos que analisam o direito à saúde de imigrantes são muito recentes e em pequeno número, sendo menores ainda aqueles que se dedicam às questões bioéticas articuladas com os direitos humanos.

Avançar na reflexão das repercussões da garantia do direito ao acesso à saúde pelos imigrantes no bloco europeu a partir da integração regional, pode contribuir para antecipar questões no Brasil, em especial, nas regiões de fronteira. Considerando que o Brasil é um Estado receptor de migrantes, este deve proteger direitos e prover serviços em harmonia com sua legislação que garante o acesso universal à saúde.

Assim, analisar os instrumentos políticos e jurídicos interestatais para garantir o acesso à assistência à saúde, bem como a adoção de troca de serviços e as ações cooperativas dos governos nacionais da UE que contribuíram para a integração regional pode contribuir na reflexão, na discussão e nas deliberações locais no processo de integração no MERCOSUL. Considerando a natureza ético-jurídica do direito à saúde, deve-se, principalmente, identificar e analisar em uma perspectiva bioética as normativas e os principais conflitos decorrentes da garantia deste acesso presentes nas decisões da Corte Europeia e nas instâncias deliberativas do MERCOSUL. Este material empírico será utilizado como objeto e fio condutor da análise das questões morais levantadas, buscando-se, a partir deste resultado, refletir sobre o contexto brasileiro.

Sendo assim, o objetivo geral desta tese é analisar as questões morais envolvidas nos conflitos e nas normas produzidas acerca do direito humano à assistência à saúde de imigrantes, nos processos de integração regional europeu e

sul americano, com o intuito de contribuir na análise do processo brasileiro no MERCOSUL

Para tanto, foram formulados os seguintes **objetivos específicos:**

1 - Caracterizar as normativas produzidas no contexto da União Europeia e do MERCOSUL, buscando apontar as divergências e confluências relativas ao acesso à saúde de imigrantes nos sistemas de saúde dos países envolvidos.

2 - Caracterizar os principais conflitos, seus atores e elementos constitutivos relacionados ao acesso à saúde de imigrantes, levados ao Tribunal de Justiça da União Europeia nos últimos 20 (vinte) anos.

3 - Analisar na perspectiva bioética os argumentos, fundamentações e justificações éticas utilizados nas deliberações e normativas produzidas nas instâncias referidas, no contexto europeu e sul americano, a fim de apontar contribuições para o Brasil no processo de integração.

Para cumprir os objetivos, a tese foi desenvolvida em sete capítulos. O primeiro é este, no qual foi realizada uma introdução, visando apresentar as razões e os objetivos para estudar o tema da imigração e o direito humano à saúde, no contexto do processo de integração regional europeu, sul americano, e no Brasil.

No segundo capítulo, buscou-se qualificar a problemática do estudo, que consiste na garantia pelos Estados da assistência à saúde do imigrante em um contexto marcado pela crescente escassez de recursos em todo o globo, resultando em políticas que têm atribuído maior relevância aos fatores econômicos que a dimensão social.

No terceiro capítulo, foi informada a estratégia metodológica, seguindo se no capítulo quarto, a abordagem conceitual utilizada. Pela perspectiva metodológica, o estudo consistiu em um trabalho exploratório, descritivo e analítico dos aspectos definidos nos objetivos no período de 20 anos. Adotou-se a abordagem qualitativa, sendo as revisões bibliográfica e documental os instrumentos utilizados como métodos de coleta de dados. Pela abordagem conceitual, buscou-se identificar e discutir as abordagens teóricas bioéticas sobre a problemática, articulada com a saúde pública e os direitos humanos, e construir um referencial teórico adequado à análise.

No quinto capítulo, foram apresentados os resultados e as discussões parciais da pesquisa, subdivididos entre a União Europeia, o Mercado Comum do Sul e o Brasil. Foram identificados os conflitos levados à apreciação da instância

judicial europeia; as normativas relacionadas à saúde formuladas pelo bloco europeu e sul americano; e apresentado uma revisão bibliográfica do contexto brasileiro sobre o acesso ao direito à saúde do imigrante.

No sexto capítulo, procurou-se articular a perspectiva da bioética de proteção, desenvolvida por pesquisadores da América do Sul, Kottow e Schramm, com o referencial dos direitos humanos internacionais e suas abordagens críticas, visando subsidiar a discussão e apontar possíveis encaminhamentos para os conflitos presentes no descumprimento do direito humano à saúde do imigrante.

No sétimo capítulo, realizou-se uma conclusão sobre a moralidade e condutas que foram adotadas no âmbito dos blocos de integração regional europeu e sul americano e do Brasil; a partir da discussão do material empírico constituído pelas normativas formuladas para o tratamento da questão e seus efeitos visualizados a partir dos conflitos presentes no Tribunal Europeu e no Brasil, e as soluções propostas para resolvê-los.

Espera-se que a análise contribua para ampliar a reflexão a respeito dos principais conflitos morais e dos instrumentos interestatais da acessibilidade aos serviços de saúde inerentes às normas e práticas de saúde pública; e favoreça a formulação de políticas de saúde harmonizadas com os princípios bioéticos e dos direitos humanos.

2 SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NA ATUALIDADE: ESTRUTURA E DESAFIOS NO CONTEXTO IMIGRATÓRIO

A cobertura de saúde na maioria dos países membros da UE é pública e universal, fundamentada no sistema de seguridade social resultante da necessidade de reconstruir a Europa após a Segunda Guerra. Tiveram como princípio a cidadania social, baseada em políticas de proteção social, públicas e universais; e o desenvolvimento econômico, por meio do pleno emprego e da seguridade social, como forma de distribuição de renda e formação de mão de obra.

Segundo Gerschman (2008), a atenção privada à saúde na UE corresponde a menos de 5% dos gastos em saúde. Em alguns países, os seguros privados também possuem uma cobertura complementar ou substitutiva à seguridade pública situando os gastos em até 20% do total em saúde. No entanto, os valores dos seguros privados se elevaram e está cada vez mais se separando a atividade econômica da seguridade social, fazendo com que os sistemas de cobertura dos países da UE sejam universais apenas nos princípios. O autor concluiu que “a erosão da cobertura do sistema público para oftalmologia e cuidados dentários é crescente” e para quem é “asilado ou imigrante não regularizado, a cobertura de saúde” pode não existir na prática (GERSCHMAN, 2008, p. 1443).

As restrições impostas à seguridade social pelos ajustes macroeconômicos fazem com que os seguros privados coexistam com a seguridade pública e ambos deem a mesma cobertura aos serviços o que já vem promovendo acessos não equitativos na França, Alemanha e Irlanda; e listas de espera no setor público inglês. Já foi observada também uma pequena iniquidade no uso de médicos generalistas e uma considerável iniquidade na direção dos setores de maior renda no uso de especialistas (ALBER; KOHLER, 2004).

Segundo Thomson e Mossialos (2006), está se adotando um sistema parcial de seguridade social pública e universal nos países membros da UE. Os seguros privados de saúde estão sendo uma alternativa parcial ao sistema público de saúde ou até mesmo o substituindo.

Há diferentes formas de financiamento e provisão dos serviços de saúde no âmbito dos Estados nacionais da UE. As mudanças provocadas pela promoção da integração europeia trouxeram diferenças ao acesso à saúde pelo imigrante membro e não membro da UE, assim como o regularizado e o não regularizado.

O formato político do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) sofre diversos embates a respeito do seu caráter público e universal. O direcionamento político resulta em uma forte segmentação do sistema e das políticas de saúde. A atenção pública assume a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família[1] sem muita preocupação com a qualidade dos serviços hospitalares privados contratados (GERSCHMAN et al., 2007).

Segundo Borges e Gerschman (2004), há uma especialização do setor público em produtos de menor complexidade e uma rede hospitalar insuficiente, o que favorece o crescimento de convênios com serviços hospitalares privados. O SUS se caracteriza como público, único, universal e descentralizado e, apesar de o setor privado estar definido constitucionalmente como complementar e suplementar, ele representa um papel importante nas bases do financiamento público da saúde.

A Reforma do Estado, que começou a partir do final dos anos 90 no Brasil, definiu a regulação como política do Estado, mas representou ao mesmo tempo a diminuição da obrigatoriedade do Estado na promoção das políticas de saúde públicas e universais, e a retirada de sua interferência nos assuntos de mercado.

As políticas de bem-estar estão submetidas a restrições em decorrência de mudanças de políticas econômicas e desemprego, com consequente restrição de gasto nos sistemas de seguridade social, tanto no Brasil quanto nos países europeus.

Desta forma, o acesso pelo imigrante poderá gerar conflitos e se tornar bastante problemático. Dificuldades de acesso, tais como a localização, inadequados meios de controle e avaliação dos serviços, carência de financiamento e uso privado dos recursos públicos, reforçam a tendência para a segmentação da atenção à saúde e o favorecimento indireto do setor privado pelo SUS.

As conjunturas econômicas, políticas e sociais presentes no Brasil eram diferentes dos países europeus na época da criação do SUS. Embora os princípios de seguridade social (*welfare state*) fossem similares, o Brasil começou a implantar o SUS em uma época em que a política econômica mundial estava se sobrepondo aos benefícios sociais universais oriundos de direitos de cidadania social. A necessidade

---

[1] A ESF tem como característica ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde brasileiro, com ações de prevenção, cura e reabilitação, trabalhando com uma população adstrita a um território, incluindo visitas domiciliares (LOTTA, 2006).

de ajustes macroeconômicos trouxe tendências neoliberais de liberação do mercado e a não interferência do Estado.

O avanço do neoliberalismo significou, para a seguridade social do Brasil, o enfrentamento de enormes desigualdades na saúde como: a redução de leitos e iniquidades no acesso, em especial na média e alta complexidades. A existência de seguros privados apresentando a mesma cobertura dos serviços do SUS representa barreiras de acesso e iniquidades, em particular para a utilização de especialistas (GERSCHMAN et al., 2007).

Tendências universais de proteção aos direitos sociais, entre eles o da saúde, estão sendo substituídas em decorrência das adequações macroeconômicas. Processos produtivos e movimentos de capital se intensificaram, com o propósito do desenvolvimento, superando as tradicionais barreiras institucionais derivadas das regulações dos países. De forma que, atualmente os processos de proteção social e saúde ficam restritos aos estados nacionais, tanto no bloco da UE, com estado avançado de integração, quanto no bloco econômico do MERCOSUL, em fase de união comercial e aduaneira.

Nos países membros da UE, muitas das intervenções acabam sendo pontuais e de emergência, se configurando em sistemas nacionais não harmonizados, com coberturas diferentes, gerando grande diversidade na atenção à saúde (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006).

A busca de atenção aos serviços de saúde pelos estrangeiros ocasiona dificuldades aos sistemas de saúde nacionais da UE, já ocupados com a demanda dos próprios habitantes e aumentada pelos países vizinhos (GIOVANELLA et al., 2007).

No MERCOSUL não é diferente, com grandes diversidades relativas à extensão dos programas, grau de cobertura, rede instalada e qualidade da atenção, ocasionando desigualdades que são eticamente inaceitáveis. Os países possuem desigualdades em seu próprio território oriundas da desigual distribuição dos serviços, por vezes não dirigida às reais necessidades de saúde da região, agravando seus próprios sistemas nacionais (NOGUEIRA et al., 2007).

Segundo Agustini (2008), este problema se torna mais grave no MERCOSUL em decorrência de as instituições públicas no campo da saúde serem frágeis, pelo não cumprimento integral dos pactos firmados, e da não aplicação dos acordos binacionais ou multinacionais, aprofundando ainda mais a desigualdade já latente.

E no Brasil, estão presentes iniquidades no acesso de imigrantes aos serviços de saúde, inclusive de brasileiros residentes em regiões de fronteira brasileira (GIOVANELLA et al., 2007; JIMENEZ; NOGUEIRA, 2009).

Até a década de 70, os imigrantes na Europa eram considerados mão de obra importante na reconstrução pós-guerra e no setor industrial. No entanto, com a chegada da recessão econômica, os governos europeus, em geral, começaram a limitar a imigração, por a considerarem uma ameaça ao mercado de trabalho, à identidade nacional e por onerar o Estado. Este processo originou políticas públicas que produziram leis conformando a situação jurídica dos imigrantes, determinando-lhes uma série de classificações, as quais os estigmatizam socialmente e os restringem de políticas de inclusão social, entre elas, a saúde (SPIRE, 1999).

Os imigrantes podem estar em situação de irregularidade do visto de permanência, como também em exercício de trabalho irregular em decorrência de a política de vistos dificultar a sua regularização no país, agravando a sua condição socioeconômica, impelindo a procurar a sobrevivência no mercado de trabalho informal e o impedindo de buscar atendimento nas instituições nacionais de assistência à saúde.

O imigrante possui diferentes espectros relacionados à nacionalidade (árabes, africanos, países do leste europeu, asiáticos, latinos), aos regimes políticos (colonizados, comunistas) ou ao estatuto (residente, turista).

Segundo Sayad (1999), o imigrante possui distinções étnicas, políticas, jurídicas e culturais, originando diferentes classes, sendo visto às vezes como suspeito e perigoso à unidade nacional e à ordem social.

Na fala de Ferreira (2011, p. 20), “as aflições não se restringem ao físico mas revelam um sofrimento também moral. Ao explicitar dificuldades, mostram experiências relativas a um quotidiano de insegurança, medo e precariedade”.

Questões associadas a tipo de imigração; nacionalidade; acesso à educação e emprego; isolamento social; políticas nos países receptores; rupturas familiares e linguísticas; acesso diferenciado a direitos; estatuto legal; conflitos culturais; discriminação racial e exposição à violência podem afetar negativamente a saúde dos imigrantes (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2010).

Godinho et al. (2008) concluíram haver sofrimento psicológico em 31% dos casos analisados em seu estudo com imigrantes, devido à quebra de laços emocionais expressivos e dificuldades de adaptação no país receptor.

Kang et al. (2009) verificaram que imigrantes coreanos na cidade de São Paulo apresentam mais transtornos psiquiátricos do que a população coreana residente na terra natal.

Bhugra e Becker (2005) identificaram em seus estudos que a depressão é o problema mental mais diagnosticado nos imigrantes em Portugal. Relatam ainda que estudos epidemiológicos indicam que os imigrantes, a nível mundial, são um grupo particularmente vulnerável a distúrbios depressivos.

Segundo Cross et al. (2007), os imigrantes negros seriam mais atingidos pela depressão em razão da discriminação racial ser um fator patogênico adicional.

Pusseti (2009) fala da relação entre discriminação e patologias como a depressão e a hipertensão. Para o autor, a depressão nos imigrantes é apresentada como uma patologia inevitável, devido a fatores tais como discriminação, trauma e stress precedente, concomitante e posterior à migração, “falta de redes de suporte, declínio do estatuto econômico e social, barreiras linguísticas e institucionais, fraturas identitárias, choque cultural e exclusão” (PUSSETI, 2009, p. 592). Concluiu que o endurecimento progressivo das políticas migratórias está relacionado a depressões em imigrantes africanos em Portugal. Fatores relacionados a causas sociais como a discriminação estariam causando patologias.

O estudo de Dias e Gonçalves (2007) comentou o maior risco de um grupo de imigrantes em desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes, doenças infecciosas (tais como a tuberculose, hepatites e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*/AIDS)), doenças mentais e alta taxa de mortalidade associada a cancro.

Melo e Campinas (2010) também demonstraram uma grande incidência de tuberculose entre a população boliviana imigrante no Brasil associada às condições insalubres das oficinas de costura, às jornadas de trabalho exaustivas e ao abandono do tratamento, além do aumento do índice de SIDA. Goldenberg (2009) também encontrou dados semelhantes de tuberculose entre imigrantes bolivianos na Argentina.

Leclerc et al. (1994) ressaltaram que a baixa utilização dos serviços de saúde pode ser atribuída ao desconhecimento dos pré-requisitos para atendimento, à falta de recursos financeiros, quando o tratamento não é gratuito, ao receio dos imigrantes ilegais pelo uso dos serviços, às barreiras por questões de idioma, e à cultura, por comportamento diferente em relação à doença e à necessidade médica.

O estudo de Bragg (2008) revelou o início mais tardio das consultas de pré-natal das grávidas imigrantes em Portugal em comparação às portuguesas, com taxas mais elevadas de mortalidade fetal e neonatal, bem como maior número de patologias durante a gravidez, principalmente de doenças infecciosas.

Embora o perfil sócio demográfico de imigrantes seja de jovens saudáveis na idade produtiva, o processo de migrar pode afetar sua saúde. Eles podem ter baixa utilização dos serviços de saúde, em função do receio da descoberta da sua condição de irregular durante a utilização dos serviços públicos ou da cultura de não cuidar da saúde.

Baleizão (2010) investigou que, em Portugal, a dimensão legal dos direitos no setor da saúde não é o mesmo para imigrantes regularizados e não regularizados, variando em função do estatuto legal, do tempo de residência no país e da nacionalidade.

O estudo de Romero-Ortuño (2004) na Espanha concluiu que imigrantes, principalmente os não regularizados, tendem evitar recorrer aos serviços de saúde, preferindo frequentemente a automedicação, ou recorrem numa fase muito avançada da doença, em razão do receio da deportação ou da falta de informação sobre seus direitos, situação que os coloca numa posição de grande vulnerabilidade social.

O não domínio da língua do país receptor e o comportamento dos profissionais de saúde são considerados como um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados de saúde (DIAS; GONÇALVES, 2007).

Chubaci e Merighi (2002) realizaram estudo com imigrantes japoneses em um hospital do SUS na cidade de São Paulo e concluíram que a dificuldade com a língua portuguesa promoveu reflexos negativos na compreensão da doença, no tratamento e no trato com os profissionais de saúde.

Silva (1997) já apontava a dificuldade dos imigrantes bolivianos que trabalhavam nas oficinas de costura no acesso aos serviços de saúde brasileiros, em razão de não possuírem documentação, não falarem a língua local. Além disso, quando superada a falta de acesso aos serviços, havia falta da qualidade no atendimento.

A necessidade de elaboração de políticas para favorecer a integração é uma tendência internacional e já vem sendo avaliada por alguns anos pelos países. As questões da saúde têm tido uma particular importância nas pesquisas, sendo

tomada como um dos mais importantes indicadores de integração das comunidades de imigrantes (EUROPEAN COMMISSION, 2006).

O Index de Políticas de Integração de Migrantes (MIPEX) é um exemplo. Ele é um guia que avalia se a política de integração de países da Europa e da América do Norte tem garantido aos imigrantes os mesmos direitos, deveres e oportunidades. Suíça, Portugal e Finlândia ocupam, nesta ordem, as primeiras posições na quarta e mais recente edição do MIPEX ocorrida em 2015, o MIPEX IV, com 38 países participantes em 4 continentes. Os países tiveram uma classificação em torno de 50%, considerando as políticas medianamente favoráveis à integração, as quais criam tantos obstáculos como oportunidades para os imigrantes se tornarem membros igualitários da sociedade.

O guia utiliza 167 indicadores de políticas e compara o nível de empenho dos governos na questão da integração e na participação dos imigrantes na sociedade, em 08 áreas políticas, como acesso ao mercado de trabalho, participação política, aquisição de nacionalidade, educação, saúde, reagrupamento familiar, residência de longa duração, e antidiscriminação.

Na edição anterior, de 2011, a saúde estava na vertente do componente político antidiscriminação, no campo de aplicação de leis antidiscriminação abrangendo o acesso e fornecimento de bens e serviços disponíveis ao público.

Na edição atual, o indicador da vertente saúde engloba 04 dimensões: a) direito aos serviços de saúde; b) políticas de acesso; c) responsabilidade dos serviços de saúde; e d) mecanismos de mudança. Para cada resposta há três opções. O máximo de três pontos é concedido quando satisfaz os mais elevados padrões de igualdade. A contagem se inicia com um, seguindo-se pelo dois e três, que depois é convertido em uma escala de zero, 50 e 100, em que 100 é a pontuação máxima. Depois, faz uma média da contagem das quatro dimensões. A pontuação variou de zero a 100, para avaliar o grau de favorecimento das políticas de saúde para imigrantes. Os considerados favoráveis apresentaram variações de 80 -100; levemente favoráveis de 60 - 79; a meio caminho do favorecimento de 41 - 59; levemente desfavorável de 21 – 40; desfavorável de 1 – 20; e criticamente desfavorável, zero.

Nenhum país contemplou as políticas de saúde para imigrantes como favoráveis. Os países do continente europeu levemente favoráveis, pela ordem decrescente, foram: Suíça, Noruega, Itália, Reino Unido, Áustria e Suécia. A meio

caminho do favorecimento estão: Irlanda, Países Baixos, Espanha, Finlândia, Bélgica, Dinamarca, França, Malta, Romênia, República Checa, Alemanha, Luxemburgo, Portugal. Levemente desfavorável são: Islândia, Hungria, Turquia, Chipre, Eslováquia, Bulgária, Estônia, Grécia, Lituânia e Polônia. E como desfavoráveis: Croácia, Eslovênia e Latívia.

Nos outros continentes temos como levemente favoráveis, Nova Zelândia, Estados Unidos e Austrália. A meio caminho do favorecimento, Japão e Canadá. Levemente desfavorável, a Coréia do Sul.

As principais diferenças surgiram na capacidade de acessar os serviços e na sua cobertura. Em geral, as políticas nacionais de saúde não conseguiram se adequar às necessidades de saúde dos imigrantes. Os países com políticas de integração mais restritivas, como na maior parte da Europa Sudeste e Central, tiveram raramente sistemas de saúde inclusivos e responsáveis.

A adaptação dos serviços às necessidades dos imigrantes é maior nos países com maior imigração como Áustria, Itália e Suíça. As políticas de saúde são mais fortes e os serviços de saúde mais responsáveis nos países com maior riqueza medida pelo Produto Interno Bruto (PIB), maior número de imigrantes e sistemas de saúde financiados pelos recursos fiscais, em oposição a sistemas de saúde baseado em seguros. Como exemplo, dos nove países com políticas responsáveis, oito possuíam sistemas nacionais de saúde.

A classificação foi atribuída em função das políticas que foram mais sensíveis às necessidades dos imigrantes e pode ser um instrumento útil para avaliação e reformulação das leis e políticas vigentes.

Embora o Brasil não tenha participado de um guia que avalia a política de integração, alguns estudos com imigrantes no país ressaltaram a criação de vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com os agentes de saúde, e o processo de integração à sociedade; como também revelaram desigualdades assistenciais e discriminação, inclusive nas regiões fronteiriças. Foram observadas restrições de acesso, mesmo o SUS tendo sido formulado como uma política de direito social universal (JIMENEZ; NOGUEIRA, 2009; SILVA, 2009; XAVIER, 2010).

A identificação das dificuldades dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde brasileiros deve ser considerada na expectativa de um processo de imigração e de integração que tende cada vez mais a se aprofundar. Por isto, propôs-se a discussão do direito à saúde sob a perspectiva da bioética da proteção e dos direitos

humanos, para a criação de políticas de inclusão não discriminatórias estruturadas em bases éticas.

3 ESTRATÉGICA METODOLÓGICA

O estudo consiste em um trabalho exploratório, descritivo e analítico dos aspectos definidos nos objetivos no período de 20 anos. A escolha pelo recorte de 20 anos foi em função da disponibilidade do acesso digital aos processos do Tribunal de Justiça da União Europeia a partir de 1995 e o seu maior número nos primeiros anos.

Fez-se uma pesquisa para caracterização e análise da problemática a partir da identificação dos principais conflitos e normativas relacionadas ao acesso à saúde de imigrantes no processo de integração europeu e sul americano, com o intuito de apontar contribuições para o Brasil. A hipótese apresentada foi que o direito humano do imigrante à saúde pode não estar sendo respeitado nos países pertencentes aos blocos econômicos por necessidade de equilíbrio financeiro, levando, assim, ao surgimento de conflitos morais relacionados à efetividade desse direito.

Adotou-se como perspectiva metodológica a abordagem qualitativa, como melhor proposta para responder aos objetivos do estudo. A análise do material seguiu o método hermenêutico dialético segundo Minayo (1996), o qual caracteriza como primeiro nível de análise a construção do marco teórico e, no segundo, o campo empírico da investigação.

As revisões bibliográfica e documental foram os instrumentos utilizados como métodos de coleta de dados.

A pesquisa bibliográfica buscou identificar e discutir as abordagens teóricas metodológicas bioéticas sobre a problemática articulada com a saúde pública e os direitos humanos, e construir um referencial teórico metodológico adequado à análise. Para tanto, foi realizada busca em bibliotecas virtuais de teses, dissertações, livros e artigos publicados em periódicos indexados em bancos de dados por meio do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PUBMED e SCOPUS. Foram realizadas também buscas específicas em Revistas especializadas em bioética, saúde coletiva e pública, direitos internacionais e humanos, e no Google acadêmico incluindo publicações sem restrições de idioma, teses e dissertações em banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-CNPq).

Não houve critérios de restrições de idioma e nem especificado o prazo para o período de busca, visando ampliar ao máximo a pesquisa bibliográfica que subsidiou a discussão e análise documental.

Foram usados termos isolados ou combinados para identificar os trabalhos relacionados com o tema: saúde, imigrante, integração regional, União Europeia, MERCOSUL, direitos humanos, bioética e saúde pública. Na articulação das palavras foi adotada a expressão booleana “AND” que permite a inserção de duas ou mais palavras. A revisão teórica pretendeu ser abrangente com objetivo de analisar as diferentes abordagens teórica e metodológica sobre a problemática bioética e do direito humano à saúde do imigrante.

Os critérios para inclusão da busca bibliográfica foram: pesquisas empíricas sobre o acesso à saúde de imigrantes, estudos teóricos e reflexões éticas, bioéticas e de direitos humanos sobre a problemática.

Foram excluídos trabalhos duplicados, de países de outros blocos econômicos que não fossem a UE e o MERCOSUL, imigrantes refugiados e solicitantes de asilo.

Na pesquisa bibliográfica, a respeito do acesso à assistência à saúde no Brasil foram encontrados apenas 12 estudos empíricos com os imigrantes bolivianos, japoneses e coreanos na cidade de São Paulo e quatro nas regiões de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Não foram identificados estudos sobre o tema utilizando abordagens bioéticas na sua metodologia e sim na perspectiva do direito internacional.

Fez-se uma pesquisa documental em que as unidades de análise para o estudo foram as normativas jurídicas, políticas e sanitárias produzidas pela União Europeia e pelo MERCOSUL; e os processos judiciais movidos por cidadãos ou pela Comissão Europeia no Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE) relacionados ao acesso à saúde pelos imigrantes, como representado no quadro 1.

Quadro 1 - Demonstrativo da pesquisa documental na EU e MERCOSUL

1- União Europeia	- Fonte: Tribunal de Justiça da União Europeia. - Recorte temporal: 1995 a 2015. - Descritores: direito à saúde, assistência à saúde, serviços de saúde e imigrantes. - Documentos: acórdãos, despachos, pareceres, decisões, conclusões, tomadas de posição, sumários, resumos e informações. - Tipo de matéria: segurança social, saúde pública, não discriminação, livre prestação de serviços e direitos fundamentais. - Resultado: 20 processos e dois com apensos com outros dois totalizando 22 casos. Foram classificados por tipo de demandante, tipos de atos da decisão da causa, causa do litígio e princípio aplicado.
	- Fonte: Legislação e publicações da UE (EUR-Lex). - Recorte temporal: não especificado. - Documentos encontrados classificados entre acordos, tratados, regulamentos e recomendações.
2 - MERCOSUL	- Fonte: base eletrônica de dados documental do MERCOSUL. - Recorte temporal: não especificado. - Documentos: atas das reuniões e seus anexos, documentos de trabalho e informativos, laudos, documentos de consulta e reclamação, programas de trabalho, normativas e projetos de normas, tratados, memorandos, acordos, protocolos, entendimentos e minutas. - Termos: direito à saúde, assistência à saúde, serviços de saúde e imigrantes. - Resultado: 72 documentos classificados entre resoluções, recomendações e decisões.

Fonte: elaboração própria.

O universo da pesquisa empírica consistiu no conjunto das unidades de análise descritas que satisfizeram os critérios justificados abaixo:

1- União Europeia:

a) Processos judiciais movidos por imigrantes contra um Estado nacional; e movidos pela Comissão Europeia contra um Estado nacional, referentes ao acesso à saúde pelos imigrantes. Fonte: Tribunal de Justiça da União Europeia.

A busca foi realizada no formulário de pesquisa da base eletrônica do Tribunal, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa. Foi utilizado o operador booleano “AND”. Adotaram-se, como descritores, os seguintes termos: direito à saúde, assistência à saúde, serviços de saúde e imigrantes. Não houve critérios de exclusão, foram selecionados todos os tipos de documentos publicados ou não na coletânea referentes a processos instaurados e encerrados, tais como

acórdãos, despachos, pareceres, decisões, conclusões, tomadas de posição, sumários, resumos e informações.

A busca realizada considerou como critérios de inclusão relacionados ao tipo de matéria os seguintes valores: segurança social, saúde pública, não discriminação, livre prestação de serviços e direitos fundamentais; e utilizou um recorte temporal de 1995 a 2015. Foram encontrados 369 processos dos quais 22 eram relacionados a conflitos no acesso à saúde de imigrantes do bloco europeu.

Pretendeu-se com um recorte de 20 anos abranger um quantitativo que representasse as controvérsias específicas no acesso à saúde.

b) Legislação e publicações da UE (EUR-Lex). No tema específico da saúde, buscou-se documentos relacionados à integração regional europeia com repercussões nos sistemas e serviços de saúde, como acordos, tratados, regulamentos e recomendações.

2- MERCOSUL:

Normativas produzidas pelas instâncias deliberativas do MERCOSUL sobre acesso à saúde e imigração. Fonte: Base Normativa do MERCOSUL. As questões de saúde são tratadas nas Reuniões de Ministros da Saúde, grupos de trabalho, grupos *Ad hoc*, comissões, subcomissões, subcomitês e fóruns. A busca foi iniciada no formulário de pesquisa em língua portuguesa da base eletrônica de dados documental do MERCOSUL, porque, no órgão Solução de Controvérsias do Tribunal Permanente de Revisão, não há documentos relacionados à saúde.

Na base de dados, não houve critérios de exclusão, foram acessados todos os documentos oficiais tais como: atas das reuniões, e seus anexos, dos diferentes órgãos que compõem o bloco, documentos de trabalho e informativos, laudos, documentos de consulta e reclamação, programas de trabalho e seu grau de comprometimento, normativas e projetos de normas, tratados, memorandos, acordos, protocolos, entendimentos e minutas. No formulário de pesquisa, foram incluídos todos os tipos de documentos e órgãos da estrutura organizacional do MERCOSUL, sem especificar o período. Também foram incluídas como parâmetro de busca as seguintes palavras que deveriam estar constando no texto, tanto de forma junta como separada: direito à saúde, assistência à saúde, serviços de saúde e imigrantes. Dos 200 resultados iniciais foram selecionados 72, entre resoluções,

recomendações e decisões que se referiam à saúde desde o primeiro documento em 1996 até dezembro de 2015.

3- Normativas sobre o acesso à saúde e imigração.

As outras fontes em que se coletou material para análise na forma digital (via *internet*) foram: Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Foram procurados documentos e ações relacionados à questão da saúde de imigrantes.

Foi adotado como plano de análise a abordagem da bioética de proteção na identificação dos conflitos morais nos processos e nos documentos oficiais. A análise pretendeu identificar tensões entre o compromisso com a saúde dos cidadãos dos países e as restrições de acesso impostas aos imigrantes dos blocos. Conflitos morais no sentido de situações em que há interesses legítimos, valores e deveres de ambas as partes em tensão.

Para a operacionalização da abordagem, foram propostas questões que possibilitassem o exame dos elementos. Dentre os princípios centrais de direitos definidos para a análise estão a não discriminação, a igualdade do acesso e a justiça como equidade. O direito à saúde deve ser acessível a todos sem discriminação e as políticas públicas de saúde equânimes, de forma que favoreça o acesso igualitário a cidadãos nacionais e estrangeiros.

A análise dos dados foi organizada seguindo o método proposto por Minayo (1996). Inicialmente, fez-se uma ordenação e uma classificação do material como o primeiro momento de aproximação com os dados empíricos, visando à construção de eixos temáticos, que foram organizados segundo os objetivos da investigação. Após, foi realizada uma análise descritiva do material empírico para definir as categorias empíricas centrais e temas mais importantes, para, em seguida, desenvolver a etapa interpretativa do processo de análise.

As categorias e temas identificados na análise documental foram articulados aos referenciais teóricos apresentados a seguir, no capítulo da abordagem conceitual.

Foi empreendida uma reflexão da dimensão descritiva para apresentação e análise dos conflitos morais procurando explicitá-los. A dimensão normativa também foi explorada, buscando-se sugerir a melhor resposta e/ou a melhor forma de agir perante as situações identificadas, com a finalidade de que nas seguridades sociais

nacionais e nos serviços de saúde dos Estados Membros da EU e MERCOSUL, e no Brasil, seja possível realizar atitudes, que considerando o princípio bioético da proteção e a Declaração dos Direitos Humanos, cumpram a exigência do respeito à dignidade humana e à liberdade.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde; e as diretrizes sobre integridade acadêmica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Conforme entendimento e disposição das Resoluções referidas sobre ética em pesquisa, e, em razão dos bancos utilizados para a coleta de dados para a pesquisa serem públicos e de acesso aberto, não houve a necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional, integrante da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Foi assegurada a confiabilidade dos dados, utilizando-se fontes oficiais e científicas, e a privacidade com a proteção dos nomes dos imigrantes requerentes identificados na documentação analisada.

4 ABORDAGEM CONCEITUAL

A abordagem bioética adotada pelo estudo implica na escolha de se refletir sobre a moralidade e tipos de normas e condutas que vêm sendo adotadas no âmbito das relações internacionais relativas aos imigrantes, a partir da análise do material empírico apresentado, que consiste nas normativas formuladas para o tratamento da questão e seus efeitos visualizados a partir dos conflitos levados à apreciação da instância judicial europeia.

A moralidade pode ser compreendida como um conjunto de regras e/ou princípios que prescrevem nossos deveres com o outro visando o bem-estar comum. Também podem ser compreendida como as normas morais e ações que promovam a satisfação dos indivíduos e da coletividade, favorecendo a sociedade como um todo (DIAS, 2015).

Gracia (1989) compreende conflito de ordem moral, no campo da ética prática, como um confronto de deveres e de valores que são reconhecidos e partilhados. Um rompimento com as certezas, com as normas. E trazemos a sua definição como na questão que apresentamos aqui, onde o dever de permitir o acesso a todos sem discriminação, incluindo os imigrantes, pode ao mesmo tempo prejudicar a programação orçamentária em saúde e promover falta de assistência aos nacionais.

A bioética se relaciona com os problemas éticos no que diz respeito aos cuidados da vida e da saúde dos indivíduos. Seu desenvolvimento tem contribuído na análise crítica e racional do agir humano, e na oferta de soluções normativas que possam ser positivas do ponto de vista do bem-estar e da saúde dos seres vivos. Tem ainda colaborado na mediação e deliberação de conflitos morais decorrentes dessas relações entre indivíduos e estados, e entre indivíduos.

O termo bioética surgiu na década de 70 pelo oncologista Potter que para tentar preservar o equilíbrio entre o homem e o ecossistema propôs uma ponte entre o progresso da ciência e a ética. E no mesmo ano (1971) da publicação do livro do Potter "*Bioethics: Bridge to the Future",* o obstetra André Hellegers lança a bioética como disciplina acadêmica no *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* em Washington, mas com uma interpretação mais restrita à ética médica diferente da versão ecológica de Potter.

A bioética apresenta várias definições com diferentes pressupostos e métodos, de acordo com o contexto e tradições, além de concepções mais ou menos amplas da sua extensão e aplicação, que vai desde ética médica, biomédica e da vida. As suas correntes não possuem uma fundamentação ética comum por respeitar a pluralidade moral e as tendências éticas atuais.

A bioética enquanto campo de conhecimento se consolidou e ampliou a sua atuação para além das questões biomédicas inserindo-se nas discussões políticas, sociais e ambientais referentes à vida e à saúde de todos os seres vivos.

A Bioética se difere da ética tradicional e passa a adotar características epistemológicas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. Como aponta Junges e Zoboli (2012), a Bioética, como campo de saber específico, no plano do discurso científico e das práticas sociais, pode potencializar as lentes para a análise da realidade material das ações.

Questões como universalidade do acesso, equidade no atendimento e responsabilidade do Estado com as ações de saúde passam a ser incluídas em seu conceito (GARRAFA, 2005).

Stepke (2006) compartilha desta visão interdisciplinar e pluralista da bioética identificando diversos segmentos, e seu papel em dirimir dilemas entre todas as profissões e os serviços relacionados a pessoas.

Com a intensificação dos conflitos de saúde em todo o globo, o tema passa a ser abordado pela bioética. O termo saúde global surge trazendo novos desafios principalmente em razão das desigualdades em saúde das populações do planeta e a respectiva responsabilidade moral da comunidade mundial.

Já no final dos anos 1980, Potter propôs a expansão para uma bioética global devido à preocupação com a garantia da sobrevivência humana. Guerras, doenças, destruição ambiental, consumo excessivo, estímulo à superpopulação e o empobrecimento progressivo dos mais pobres foram apontados como desafios à sobrevivência global. Ele defende como meta da bioética global um estado de sobrevivência aceitável o qual preza pela garantia da dignidade humana, dos direitos humanos universais, nele incluído o da saúde, o controle da natalidade e a mudança do modelo econômico mundial baseado no crescimento descontrolado.

A aproximação da bioética com os direitos humanos caracterizou sua extensão global e o fundamento moral da responsabilidade compartilhada dos Estados e de todos os setores da sociedade (CUNHA; LORENZO, 2014). De forma

que as reflexões morais na perspectiva da bioética se aplicam aos novos temas globais como o dos imigrantes.

O acesso à saúde é um direito humano em seu sentido ético e jurídico-político admitido pelos países europeus e do Cone Sul ao aderirem aos pactos internacionais de direitos humanos. A ressignificação e aplicação desse direito no âmbito dos processos de integração regional em relação aos imigrantes podem estabelecer restrições baseadas na nacionalidade e práticas institucionais que podem repercutir negativamente na saúde coletiva e individual. Normas e práticas restritivas não justificadas eticamente podem representar grave violação dos direitos humanos com repercussões negativas para saúde.

A bioética tem um papel fundamental nas questões que emergem da negativa dos direitos humanos. Em 2005 foi aprovada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) incluindo que a reflexão ética é essencial no processo em que:

> Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos devem sempre buscar promover o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e da humanidade como um todo, no reconhecimento da dignidade da pessoa humana e no respeito universal e observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO, 2005, p. 4).

Diz em seu prefácio que:

> Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a Declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - UNESCO, 2005, p. 2).

Os seus princípios estabelecem que qualquer discriminação ou estigmatização constituem violações à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais.

O seu artigo 14 - Responsabilidade social e saúde - afirma a responsabilidade social dos Estados com a saúde e procura fortalecer ainda mais a proteção aos vulneráveis.

Beauchamp e Childress (2002) acreditam em uma moralidade comum universal e que a aplicação do princípio de justiça ergue o direito a um mínimo decente de cuidados em saúde a uma esfera global.

No Brasil, em razão do desenvolvimento tecnológico em saúde conviver com populações em condições de extrema pobreza, em um contexto de desigualdades

sociais característico dos países da América Latina, a bioética se desenvolveu mais orientada às questões do coletivo e por princípios como equidade e igualdade, e com uma preocupação com a saúde pública.

Para Sandi e Braz (2010) a saúde pública é um campo no qual estão presentes dilemas morais provenientes de intervenções ou programas e a bioética está inserida neste campo como um dos seus diversos saberes. E a abordagem destes conflitos pela bioética pode favorecer a formulação de políticas públicas mais justas e equitativas.

A percepção da bioética pública procura tomar decisões baseadas na análise dos argumentos morais favoráveis ou contrários as práticas no campo da saúde pública visando à coletividade. Ela tem como propósito uma ética das ações em saúde pública. Desta forma torna-se relevante a discussão que diz respeito à justiça social como o direito universal à saúde, á proteção dos vulneráveis, suscetíveis e vulnerados, como os imigrantes, e a responsabilidade moral frente ao uso dos recursos cada vez mais escassos e que são da coletividade.

Assim, a relação entre bioética e saúde pública pretende produzir efeitos importantíssimos nas políticas sanitárias visando normas e ações moralmente corretas. De forma que a bioética vem sendo utilizada como instrumento de mediação em situações conflitantes, bem como, na aplicação de estratégias de raciocínio e conceitos morais para a identificação e resolução de conflitos éticos.

Os problemas sociais ligados à imigração requerem uma resposta coletiva e não individual em termos de saúde pública. A não inserção na sociedade, a exclusão e o isolamento são exemplos de sofrimento moral que podem estar presentes nos imigrantes e que devem ser pensados pela saúde pública quando da formulação de políticas de saúde referente à imigração.

É necessário pensar nos imigrantes a partir da bioética, de forma que eles tenham seu direito à saúde assegurado perpassando por questões relacionadas desde a promoção da saúde à prevenção da morte. Como também apresentar estudos sobre os reflexos da imigração na saúde, visando proporcionar políticas migratórias menos discriminatórias e que incluam o direito à saúde como uma questão ética.

A conjugação dos referenciais da bioética, dos direitos humanos e da saúde pública amplia o potencial explicativo e compreensivo do fenômeno imigratório.

A imigração se tornou uma questão importante a nível global devendo se constituir em uma preocupação sanitária dos Estados nacionais como um imperativo ético, jurídico e político internacional.

Nesse sentido, os conflitos se situam no dever de garantir proteção à saúde a todos e em sobrecarregar um sistema de saúde já marcado por desigualdades e iniquidades com os nacionais, como no caso do Brasil. Conflito entre a proteção à saúde de imigrantes e a proteção dos interesses da coletividade nacional.

Todas essas questões de conteúdo moral devem ser examinadas a luz da bioética a fim de alinhá-las aos princípios dos direitos humanos e sanitários, no que tange também a distribuição igualitária de recursos da saúde, de maneira a garantir o direito a todos.

O alargamento progressivo dos direitos humanos e do campo dos sujeitos jurídicos contribuiu para o acréscimo nos custos da saúde que já apresentavam um histórico de progressão em razão do avanço médico, do surgimento constante de novas tecnologias e das novas demandas decorrentes do conceito ampliado de saúde (RIBEIRO, 2003). No entanto, estratégias de alocação de recursos mais eficientes, equitativas e cooperativas dos Estados nacionais defendidas pelas diretrizes dos direitos humanos universais podem contribuir para minimizar o problema de maneira a garantir o direito à saúde a todos, incluindo os imigrantes.

A perspectiva bioética pode contribuir para a reflexão dos conflitos inerentes às práticas da saúde pública visando a igualdade e o direito à saúde aos imigrantes. Apesar da maioria dos países já terem assinado os tratados humanitários de defesa dos direitos humanos, é ainda baixa a efetivação dessas normas, com descumprimentos de aspectos centrais à garantia da saúde de todos. Nesse sentido, faz-se necessário, frente ao aumento cada vez mais frequente do número de imigrantes, ressaltar as responsabilidades morais de todos com a saúde deste grupo.

Utilizar o saber bioético para análise permite utilizar teorias baseadas em princípios morais ou normas, para argumentar sobre os conflitos, discutir sobre o assunto, sua análise e deliberação. Permite, ainda, uma reflexão sobre os conceitos éticos e a prescrição de normas de ação moral amplamente aceitas e válidas. Ou seja, uma reflexão sobre os conflitos morais no acesso aos serviços de saúde utilizando os princípios morais para a sua solução ou justificação.

A questão moral central da problemática tratada neste estudo é se o Estado e a sociedade devem ter responsabilidade ética pela saúde deste contingente ou podem criar limitações ou restrições de acesso em razão de recursos cada vez mais escassos. Ou seja, a saúde de todos deve sucumbir à preocupação econômica relacionada aos custos? O Estado estaria protegendo a saúde dos cidadãos do seu país ao restringir o acesso de imigrantes? Qual a responsabilidade ética do Estado e da sociedade com a saúde destes imigrantes?

Para tratar de tais questões estruturou-se um plano de análise a partir das perspectivas teóricas e conceituais adiante apresentadas.

4.1 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Ao procurar pelos princípios morais que norteiam o acesso à saúde dos imigrantes, identificou-se o princípio da proteção para esclarecer melhor a questão. A aplicação deste princípio pode auxiliar na compreensão de assuntos éticos inerentes ao acesso e orientar na resolução das questões éticas que surgirem. De forma que os conflitos morais no acesso à saúde pelos imigrantes serão mediados pela referência ao princípio da proteção. Neste sentido, concentrou-se na perspectiva da bioética de proteção (BP) utilizando o princípio da proteção como um princípio mediador dos conflitos.

Schramm e Kottow (2001) propõem a perspectiva da bioética de proteção (BP) diante do contexto da reflexão sobre os conflitos morais em saúde pública na América Latina no começo do Século XXI.

Para Kottow (2000), o direito à saúde é uma prioridade, mas em razão do caráter escasso dos recursos, o apoio na cobertura dos custos pelo Estado vai variar dentro de cada sociedade. As análises sobre as prioridades em saúde pública evidenciam os conflitos entre políticas universalistas, na concepção da saúde como um direito humano universal, e políticas de focalização, priorizando os menos beneficiados em razão da necessidade de racionalização dos recursos e critérios de escolha (SCHRAMM, 2000).

Como a teoria bioética dos quatro princípios estadunidense (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002) foi identificada fundamentalmente como uma ferramenta norteadora da ética biomédica e da inter-relação médico-paciente, a BP foi referida, em particular, aos conflitos morais que surgem especialmente no campo da saúde

pública, pensando em possíveis soluções para dar proteção a populações de suscetíveis e vulnerados que não são capacitados (ou empoderados) para enfrentar a adversidade com seus próprios meios (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Porém, a ideia de “proteção”, associada à ética, é antiga, pois a investigação etimológica da palavra ética mostra que em seu sentido mais antigo, *êthos* denotava guarida, morada, residência, lugar onde se habitava, com o sentido de proteção a ameaças externas. Era muito usado em poesia com alusão aos animais, para mencionar os lugares onde permaneciam, como os seus pastos e estalagens e, posteriormente, aplicado aos povos e aos homens no sentido de sua casa, seu país (ARANGUREN, 1997).

Este sentido da ética também foi recuperado por Heidegger (1979, p. 170):

> *Ethos* significa morada, lugar de habitação [...] o âmbito aberto onde o homem abita. O aberto de sua morada torna manifesto aquilo que vem ao encontro da essência do homem e assim, aproximando-se, demora em sua proximidade. A morada do homem contém e conserva o advento daquilo a que o homem pertence em sua essência.

Para Schramm (2012), o significado de proteção imputado ao *ethos* foi parcialmente readquirido por Potter em 1970 quando formulou a bioética como ciência da sobrevivência, e que precisaria ser também uma forma de sabedoria (*phronesis*) ou prudência, apropriada a garantir a preservação da biosfera como um todo. E concretizou esta preocupação em 1989, quando considerou a necessidade de uma bioética global que confrontasse com os conflitos das relações que os humanos instalam com o meio ambiente o qual também fazem parte.

Embora a palavra proteção ainda não tivesse sido claramente associada ao termo bioética como princípio de proteção, ela foi usada no Relatório Belmont (1979) referido à pesquisa com seres humanos no campo da biomedicina, quando o termo proteção, mencionado aos sujeitos humanos, expressa *“*salvaguardar os direitos e o bem-estar de sujeitos humanos envolvidos na pesquisa e que devem ser adequadamente protegidos*”* (JONSEN et al., 1998, p. 16).

Schramm (2002, p. 14) também inclui a proteção na bioética ao afirmar que:

> A bioética tem uma tríplice função, reconhecida acadêmica e socialmente: (1) descritiva, (2) normativa e (3) protetora, no sentido, bastante intuitivo, de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores, priorizando, quando isso for necessário, os mais “fracos”.

O conceito de proteção pode ser aludido às relações interpessoais na qual um agente protetor oferece amparo, a princípio sem impor, a um sujeito sem

condições de se manter sozinho (como exemplo, a relação protetora entre pais e filhos); e aquelas em sentido coletivo ou sociais, nas quais o Estado ou outro dispositivo legítimo devem oferecer amparo à população sob sua responsabilidade (como exemplo, as políticas de saúde).

Procurou-se utilizar a bioética de proteção no contexto da crise da imigração como uma ferramenta eficaz para análise dos conflitos morais, buscando esclarecê-los e tentando resolvê-los, de modo que sua aplicação tenha valor universal e que possa ser empregada nas situações concretas.

A BP é voltada particularmente para os conflitos morais que ocorrem na saúde pública na América Latina. Segundo Schramm (2006), as outras ferramentas de caráter universal, como, por exemplo, as norte-americanas com o principialismo e as europeias com a deontologia de Kant, não são capazes de lidar com os problemas de carência específicos de outras regiões. No entanto, a BP tem pertinência e legitimidade para ser aplicada em casos com características semelhantes em qualquer país do mundo. Com isto, a BP não é um modelo aplicável universalmente, mas pode ser universalizável de forma que possa ser adaptada a casos e contextos concretos, mas ponderando as diferenças do ponto de vista moral.

A BP nasceu nos países “periféricos” caracterizados, em sua maioria, por uma população empobrecida, com problemas de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, que vive em ambientes expostos a riscos à saúde, com baixo grau de educação formal e de organização. No entanto, na União Europeia há também países, como os do leste europeu, com relações profundamente assimétricas e populações desassistidas, como os países periféricos da América Latina.

Para Schramm (2006, p. 147), a BP foi originalmente pensada no sentido de “dar conta dos conflitos morais que se dão no campo da saúde e da qualidade de vida de indivíduos e populações que, por uma razão ou outra, não estavam (e não estão) cobertos em seus direitos”. A BP visa proteger os que estejam vulneráveis ou fragilizados em decorrência de sua situação de vida e/ou saúde, e com isso não podem “realizar suas potencialidades e projetos de vida moralmente legítimos, pois as políticas públicas de saúde não os garantem”. Assim a BP se caracteriza como uma ética aplicada mínima para que os “vulneráveis ou fragilizados tenham

possibilidade de viver dignamente e realizar seus projetos de vida razoáveis, compartilháveis com os demais" (SCHRAMM, 2006, p. 147).

A BP aborda de modo crítico as razões e os argumentos morais que os atores utilizam para validar suas práticas. Ela pretende que a sua aplicação seja efetiva em casos concretos pelo seu poder analítico (teoria e crítica constituída pela análise racional e imparcial dos conflitos); normativo ou prático (propor soluções concretas para o conflito oferecendo normas que podem ou não ser respeitadas); e protetor dos vulneráveis, mesmo quando os problemas são globais, mas não em decorrência dos efeitos negativos do desenvolvimento tecnocientífico, mas de problemas específicos como a imigração.

Na acepção de Schramm (2005, p. 123), a bioética de proteção se aplica "às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos [...] considerados em seus contextos ecológicos, biotecnocientíficos e socioculturais". Ela é uma caixa de ferramentas que:

> (1) Se ocupa de descrever e compreender os conflitos da maneira mais racional e imparcial possível; (2) se preocupa em resolvê-los normativamente, propondo ferramentas adequadas para proscrever os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (3) graças à correta articulação entre (1) e (2), fornecer os meios práticos capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais. (SCHRAMM, 2005, p. 123).

Segundo Schramm (2012), as ações aptas de análise e submetidas às prescrições normativas envolvem dois tipos de atores sociais: os agentes morais ou autores dos atos, e que são em princípio empoderados, responsáveis pelos seus atos e suas consequências; e os pacientes morais ou destinatários das práticas dos primeiros, que podem ser não somente como vulneráveis, como todos nós somos, mas vistos como vulnerados, não empoderados para lidar com o efeito deletério das práticas dos agentes morais e nem o imprescindível amparo pelo Estado. O autor considera como vulnerável todos nós que estamos expostos diariamente ao risco[2]; o suscetível é aquele que tem um risco maior que a média, está ameaçado (condições precárias de habitação, alimentação e saúde); e o vulnerado é o afetado, situação

[2] Noção de risco como: riscos compreendidos como possibilidade de dano ou agravo, de evento adverso à saúde relacionado a procedimentos, produtos e serviços de interesse da saúde. Riscos baseados em estimativas probabilísticas de ocorrência de eventos em relação a uma população (FORTES; ZOBOLI, 2009, p. 14)

na qual o risco já se tornou dano[3] (já com problemas de saúde, com o dano instalado).

Schramm (2012, p. 137) descreveu que a BP:

> [...] pode ser vista como uma caixa de ferramentas teóricas e práticas para poder compreender a conflituosidade na saúde pública, descrever os conflitos de interesses e de valores nela envolvidos, e tentar resolvê-los. Mas tendo em conta as assimetrias existentes entre quem tem os meios e o poder (indicado pelo termo *empowerment* ou "empoderamento") que o capacitem para uma qualidade de vida pelo menos razoável, e quem de fato não os tem. Por isso, nesses casos de conflitos entre "empoderados" e "não empoderados" os conflitos só podem ser resolvidos "protegendo" os afetados "não empoderados", pois estes não possuem os meios necessários para se protegerem sozinhos, ou fornecidos pelo Estado protetor contra ameaças e danos que prejudicam sua qualidade de vida e suas existências.

A proteção é uma função social primordial criada a partir do nascimento do Estado Moderno, em decorrência de um pacto social construído entre governantes e governados.

> O Estado tem como função essencial oferecer proteção aos cidadãos sob sua responsabilidade contra riscos ou danos naturais, que possam afetar negativamente suas vidas, e contra riscos ou danos interpessoais e sociais advindos da conflituosidade existente entre os cidadãos. (KOTTOW, 2008, p. 165).

Esta função de proteger remete ao surgimento do "Estado de bem estar" (*Welfare State*), conceito de Estado protetor, cuja tarefa seria a de *"*proteger um padrão mínimo de renda, alimentação, saúde, moradia, e educação, garantidos a qualquer cidadão como um direito político, não como caridade*"* (WILENSKY, 1975, p. 1).

A compreensão da prática da proteção social pode ser compreendida no sentido (1) minimalista ou (2) maximalista:

> (1) Como assistência a indivíduos e populações que pelas razões mais variadas – um handicap físico ou psíquico, uma incapacidade devido à idade, ou ainda uma situação social desastrosa – são colocados, provisoriamente ou definitivamente, fora do regime comum das trocas sociais, e em particular são incapazes de responder a suas necessidades; ou
> (2) como "seguridade social generalizada ao conjunto da população e consistente em sistemas de seguros contra os principais riscos sociais (doença, acidentes, desemprego) (CASTEL, 2006, p. 901).

A proteção social pode ser direcionada para um caráter de proteção mínima dos mais desfavorecidos, como os vulnerados, ou no sentido maximalista de conceder a todos os cidadãos total condição social.

---

[3] Para Zoboli (2009), o termo dano não fica restrito aos aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas abraça os âmbitos psíquico, social, moral e outra série de prejuízos.

Um ponto fundamental é discernir o campo de aplicação do princípio de proteção daquele coberto pelo princípio de vulnerabilidade, pois este: “prescreve, como fundamento da ética, o respeito, a preocupação e a proteção do outro e da vida em geral, com base na verificação universal da fragilidade, da finitude e da mortalidade dos seres” (KEMP; RENDTORFF, 2003, p. 687). Porém o campo semântico da bioética de proteção não se concerne a pessoas e populações genericamente vulneráveis, como é o caso da população em geral, mas as suscetíveis ou vulneradas.

A vulneração pode referir-se a populações específicas e às condições inter-relacionadas de precariedade, pobreza e exclusão:

> A precariedade [...] constitui um conjunto de riscos que podem levar à pobreza e à exclusão. A pobreza [...] está associada à insuficiência de recursos que reforça a dependência dos serviços de ação social e a exclusão caracteriza situações de cúmulo de handicap e de rupturas dos laços sociais que mergulham os indivíduos e as famílias em uma miséria extrema. A procura de proteções é infinita e suscita inevitavelmente perpétuas frustrações. (PAUGAM, 2006, p. 885).

Diferentemente de Schramm, outros autores não fazem distinção entre vulnerabilidade, susceptibilidade e vulneração, como Macklin (2003), que adota a definição de vulnerabilidade das Diretrizes Éticas Internacionais de Pesquisa revisada pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, sendo interpretado por Arán e Peixoto Jr (2007) como uma capacidade ou liberdade limitada momentaneamente por contingência física, ou consequências naturais do percurso da vida, ou consequências sociais ou políticas, como presentes em alguns grupos específicos:

> Pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses. [...] incluem-se aí membros subordinados de grupos hierárquicos como militares ou estudantes; pessoas idosas com demência e residentes em asilos; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; outras pessoas pobres desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais minoritários; sem-teto, nômades, refugiados ou pessoas deslocadas; prisioneiros; e membros de comunidade sem conhecimento dos conceitos médicos modernos. (MACKLIN, 2003, p. 61).

Ayres et al. diferenciam risco de vulnerabilidade por este não apresentar caráter probabilístico. Definem risco como a “probabilidade de que um indivíduo qualquer pertencente a um dado grupo identitário (expostos) venha a pertencer a outro grupo identitário (afetados)” (AYRES et al., 2003, p. 131). Utiliza o conceito de

vulnerabilidade na perspectiva que procura identificar situações de suscetibilidade potenciais a um agravo, mas não na categoria matemática de adoecimento de portadores com traços identitários específicos como ocorre no risco, mas como chance de exposições potenciais relacionadas a todos e a cada indivíduo sob certas condições. Assim a suscetibilidade a que estão expostas as pessoas a sofrer danos não está restrita apenas a aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais, e de modo inseparável, a menor ou maior disponibilidade de meios para se resguardar dos efeitos não desejáveis decorrentes destas situações.

Para Sánchez e Bertolozzi (2007, p. 321), Ayres et al:

> [...] não enfatizam excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. Para esse autor, a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, propõe a sua operacionalização através da Vulnerabilidade Individual, que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

A partir desta abordagem, Ayres et al propõem trabalhar políticas de saúde voltadas para além das necessidades dos indivíduos, incluindo a coletividade, visando ampliar a atuação em saúde e causar impacto nos perfis epidemiológicos.

Mas aqui no estudo usaremos a distinção proposta por Schramm (2012) das categorias de vulnerável, suscetível e vulnerado, em razão da BP ser aplicável aos suscetíveis e vulnerados.

A BP tem a preocupação de proteger aqueles marcados por desigualdades, que são mais suscetíveis, ou descapacitados, ou vulnerados, visando proporcionar projetos de vida semelhantes aos demais. E em razão da obrigação moral de proteger esta população, que no momento da análise bioética, são centralizadas as desigualdades e as relações assimétricas entre as populações destituídas e a assistência à saúde.

Segundo Arreguy e Schramm (2005), a teoria da BP parte da premissa que proporcionando as condições básicas de sobrevivência favorecerá a obtenção de outros bens beneficiando todos. Para eles, o princípio de proteção é útil como ferramenta na avaliação moral das políticas públicas em saúde e no uso dos recursos públicos.

Esta corrente se preocupa com os vulneráveis, excluídos e os restritos de liberdade por privações, sem, no entanto, como Rego et al. (2009) comentam, negar-lhes a autonomia, mas sim colaborar para a emancipação já que os fazem compreender sua situação e decidir conforme seus próprios interesses. A proteção deve considerar as desigualdades, e não as ampliar ao dificultar que as pessoas exerçam sua autonomia, e sim buscar condições necessárias ao seu exercício.

Para Schramm (2004), a percepção da bioética de proteção possibilita legitimar políticas sanitárias universalistas como o SUS, já que integra eficácia na alocação dos recursos e responsabilidade moral.

Segundo Kottow (2006), a bioética de proteção é apropriada para enfrentar dilemas moralmente importantes por buscar proteger os vulnerados e os excluídos das políticas de direitos humanos. Os imigrantes são sujeitos morais particularmente suscetíveis ou vulnerados. Os conceitos de vulnerabilidade, discriminação e igualdade são princípios bioéticos orientadores das discussões sobre o direito à saúde.

Utilizaremos o princípio da proteção para análise ética sobre o acesso de imigrantes, por considerar que este possibilita orientar moralmente as decisões a fim de minimizar os efeitos negativos. Por este princípio se dá cobertura a determinadas necessidades, para que o afetado possa atender a outras necessidades e interesses. O princípio da proteção é diferente do da beneficência. Para este, o afetado é quem decide se o ato foi beneficente, enquanto aquele o agente é quem define o que é beneficente ou não, independente do juízo do afetado.

O dever do Estado em assumir obrigações sanitárias implica em uma proteção, em uma ética de responsabilidade social através de ações direcionadas as necessidades da população.

O princípio de proteção permite o ajuizamento moral de políticas públicas em saúde, por se atentar por um lado pelo cuidado dos indivíduos e coletivo, e por outro se as ações estão sendo efetivas e eficazes. Associa problemas de justiça sanitária com recursos finitos e escassos, atualmente não específicos apenas à América Latina como a todo o globo, em razão da diminuição paulatina do Estado de Bem Estar e da cobertura pública de saúde, fazendo com que a BP seja aplicada a conflitos globais e que atingem a todos.

Kottow (2007), um dos autores da BP, faz uma crítica a própria perspectiva e indaga sobre a sua pertinência, já que associar bioética e proteção não é objeto de consenso, pois:

> A bioética de proteção pode ser vista como uma nomenclatura insatisfatória por não considerar o fato da bioética ser uma ética aplicada persistentemente imergida em assimetrias entre agentes e afetados, razão pela qual seria mais correto falar de uma proteção bioética no sentido de desenvolver uma ótica de resguardo através da qual a bioética reflete sobre as práticas sociais de sua incumbência. (KOTTOW, 2007, p. 222).

Ou pensar em uma ética de proteção situada além da bioética, isto é, que: “abandona o terreno da reflexão e se consagra à ação, reconhecendo as necessidades reais de seres humanos existentes, para os quais não há consolo na filosofia, mas somente na assistência” (KOTTOW, 2008, p. 165).

No entanto, a BP implica uma assimetria em termos de empoderamento entre protetor e protegido, ao referir-se a sujeitos e a populações de vulnerados; e parece que a própria crítica feita por Kottow tenha ficado em aberto, pois ele retoma a nomenclatura bioética de proteção em um verbete de enciclopédia (SCHRAMM, 2012).

A par desta discussão, tanto a bioética de proteção, na visão de Schramm, quanto a ética de proteção bioética, de Kottow, almejam tratar da conflituosidade em saúde pública considerando que as políticas sanitárias só podem ser moralmente legítimas se visar a proteção das pessoas e das populações por parte do Estado.

E um dos caminhos para se evitar divergências na compreensão consiste em distinguir dois campos de BP, de acordo com a abrangência dada ao termo proteção:

1. BP *stricto sensu* (minimalista) referida à proteção de pessoas e populações suscetíveis e vulneradas que não têm a capacidade de se protegerem sozinhas e de realizar seus projetos de vida razoáveis e legítimos. Precisam ser protegidas porque “não dispõem de medidas que assegurem condições indispensáveis para que um ser humano possa levar adiante uma vida digna e com uma qualidade”. São os excluídos da comunidade política das políticas dos direitos humanos (SCHRAMM, 2012, p. 139).
2. A BP *lato sensu* (maximalista) referida a ‘’um campo mais amplo de possíveis pacientes morais, como outros seres vivos, inclusive sistemas vivos [...] o que aproximaria a BP *lato sensu* da bioética global de Potter” mas continuando a

preocupação com os mais vulneráveis, os ideais de justiça social e finalidade equitativa (SCHRAMM, 2012, p. 139).

Em seu sentido lato, a BP segundo a terminologia de Derrida tende a:

> [...] pensar-se em uma ética de uma nova forma de cosmopolitismo e como uma obrigação de uma democracia futura fundada em uma hospitalidade incondicional, subtraída de qualquer cálculo e manipulação e que se exponha sem limites a vinda do outro, para além da hospitalidade condicionada pelo direito de asilo, pelo direito à imigração, pela cidadania e até mesmo pela hospitalidade universal de Kant, que ainda é controlada por um direito político ou cosmopolita, pois somente uma hospitalidade incondicional pode dar sentido e racionalidade prática a qualquer conceito de hospitalidade. (DERRIDA *apud* SCHRAMM, 2006, p. 153).

Para que a BP não seja apenas uma promessa de boa intenção, sem efetividade e eficácia, o sentido estrito tem precedência lexical sobre o lato, porque nele que são considerados os maiores contingentes populacionais vivendo em situação de pobreza e falta de assistência, como também numerosos excluídos nos países "desenvolvidos" como os imigrantes regularizados e não regularizados, apesar de não conviverem com a miséria, há uma restrição da cidadania.

A BP *stricto sensu* não é aplicada a indivíduos e populações, que através dos seus próprios meios (empoderamento), ou os oferecidos pelas instituições, sabem enfrentar a sua condição existencial. Pois se assim não fosse, a BP viria a ser sinônimo de paternalismo[4], que é contrário a um dos valores fundamentais das sociedades democráticas e seculares, a autonomia, pois é dela que depende o empoderamento e a responsabilidade. É importante diferenciar proteção de paternalismo já que a BP é totalmente contrária ao paternalismo e não exclui a autonomia pessoal, porque visa com que o protegido tenha condições de se proteger posteriormente para que as medidas protetoras não se tornem ineficazes.

Foram encontrados estudos da aplicação da BP no Brasil. Boy e Schramm (2009) discutiram a moralidade do financiamento público das drogas de alto custo para o tratamento de doenças genéticas raras no Brasil, com base no princípio da proteção. A incorporação de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos vem acompanhada da vigência da cultura dos limites, a qual seleciona procedimentos por considerações orçamentárias, implicando tensões em sistemas universalistas, pelo seu caráter fundado na integralidade da atenção, mas sem poder ignorar a escassez de recursos. Foi discutida a obrigação moral do Estado de fornecer políticas púbicas

---

[4] Paternalismo é "tratar outrem em conformidade com o que se pensa ser o seu bem, subordinando a esse bem as preferências eventuais, expressas ou não, dessa pessoa" (NILSTUN, 2003, p. 518).

e sugeridas medidas para implementar e dar sustentabilidade a tais políticas, com ênfase em questões de equidade no acesso, integralidade da assistência, alocação de recursos e a adoção de ações focais a favor dos suscetíveis e vulnerados em face da população simplesmente vulnerável.

Pontes e Schramm (2004) examinaram as implicações morais no acesso desigual à água potável e a responsabilidade pública com o seu abastecimento do ponto de vista das ferramentas da BP, aplicando o princípio da proteção. A falta ou um acesso precário à água pode expor as pessoas a riscos de adoecimento e/ou a persistência de enfermidades que poderiam ser prevenidas, se houvesse suprimento suficiente e adequado. Consideraram a água um bem essencial indispensável à vida, uma necessidade primária, e por isto não deveria haver diferenciação na sua apropriação, podendo se constituir em situações de injustiça, que irão repercutir de forma negativa na qualidade de vida das pessoas. Com a visão do acesso à água como direito, não foram aconselhadas políticas de privatização e foi reafirmado o papel de políticas públicas na proteção à saúde de populações e grupos, com o fim de retificar a injustiça social e atender aos requisitos de uma ética em saúde pública

Siqueira-Batista e Schramm (2009) discutiram acerca da eutanásia tendo como base os referenciais teóricos da BP e o conceito de compaixão laica. O debate moral sobre o fim da vida foi polarizado entre o argumento contrário, representado pelo princípio da sacralidade da vida, e o favorável, o princípio do respeito à autonomia. Estabeleceu o conceito de compaixão enquanto matriz que vai estabelecer uma atitude de amparo a outrem, garantindo a sua autonomia, em íntima aproximação com as características da BP.

Freitas e Schramm (2013) abordaram e criticaram seis argumentos morais propostos contra a internação hospitalar do paciente geriátrico no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), à luz das ferramentas da bioética principialista e da bioética de proteção. Estudaram a conflituosidade presente na prática da triagem realizada pelos médicos intensivistas para a admissão hospitalar, na qual os aspectos morais acabam, sem justificativa plausível, subsumidos aos técnicos, podendo influenciar de maneira discriminatória no processo de tomada de decisão pela recusa da internação, prejudicando indevidamente a população idosa. Considerou este grupo populacional como vulnerado e, portanto, merecedor de amparo, com consequente necessidade de garantir pelo Estado a proteção do seu

acesso à saúde. Concluíram que por meio da educação em bioética é possível mudar as atitudes incorretas em relação aos idosos em estado crítico de saúde.

Os imigrantes têm o direito humano legítimo à assistência à saúde e o Estado o dever de garanti-lo, e a BP preconiza a proteção a populações de suscetíveis ou vulnerados no âmbito da saúde pública e no respeito a condições essenciais para o exercício de uma vida digna. A BP rege pela responsabilidade social do Estado no dever de proteger as necessidades essenciais que se aplicam a coletividade, de proporcionar amparo contra as ameaças ao respeito à saúde e ao bem-estar, como as que podem estar presentes nos conflitos em serviços nacionais de saúde. Por isto, os Estados devem, baseados no seu papel protetor, reconhecer as situações de desigualdades na assistência à saúde dos imigrantes e desenvolver políticas sanitárias buscando soluções justas e que prezem pela dignidade humana.

4.2 OS DIREITOS HUMANOS INTERNACIONAIS E O ACESSO À SAÚDE PARA IMIGRANTES NOS PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO

A visão da internacionalização dos direitos humanos como referencial ético na orientação da ordem internacional surgiu em decorrência das terríveis violações cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, de modo que proteger os direitos humanos passou a não ser tarefa exclusiva dos Estados, mas de toda a comunidade internacional.

E por isto foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 que:

> [...] vem inovar a gramática dos direitos humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Universalidade porque clama pela extensão universal dos direitos humanos, sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, esta como valor intrínseco à condição humana. Indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem, assim, uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos com o catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais. (PIOVESAN, 2009, p. 69).

A partir da criação desta Declaração, a qual realçava os conceitos de interdependência, universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos que começou a se desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos. A

universalização dos direitos humanos permitiu a criação de sistemas regionais e internacionais de proteção a estes direitos, fundado na primazia da pessoa humana.

A Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993 reafirma a concepção da Declaração de 1948 e acrescenta o caráter de interdependência entre os valores dos direitos humanos, democracia e desenvolvimento. Assim a concepção contemporânea de direitos humanos caracteriza-se “pelos processos de universalização e internacionalização destes direitos, compreendidos sob o prisma de sua indivisibilidade” (PIOVESAN, 2009, p. 71). E sob esta ótica fica ultrapassada de vez a noção de que os direitos civis e políticos têm grau maior de importância sobre os sociais, econômicos e culturais. Confirma a ideia da indivisibilidade e da interdependência dos direitos humanos em uma perspectiva integral compondo os direitos civis e políticos, e os sociais, econômicos e culturais, que devam ser assegurados nacional e internacionalmente. A proteção dos direitos sociais fica sob o prisma internacional na perspectiva da concepção contemporânea de direitos humanos (PIOVESAN, 2009).

Dias (1995, p. 97) também relaciona os direitos sociais aos direitos humanos. No seu entender, “os direitos humanos correspondem aos princípios morais que devem fornecer a garantia de condições mínimas para uma vida digna”, na qual “o indivíduo possa satisfazer suas necessidades básicas”. Considerando todo ser humano como objeto de respeito e, portanto, portador de direitos enquanto integrante de uma comunidade moral, adota os direitos básicos como uma garantia para o exercício dos demais direitos. Assim, ao utilizar a perspectiva da moral do respeito universal, em que todos têm igual valor normativo e devem ter a satisfação de um existencial mínimo de direitos e, portanto, de justiça, no qual pelo menos os direitos básicos devam ser distribuídos de forma igualitária, fundamenta o reconhecimento dos direitos sociais básicos como direitos humanos, necessários para satisfazer uma forma de vida digna e as necessidades básicas, e o dever do Estado em proteger os indivíduos fornecendo ajuda para usufruir dos direitos.

Sen (2011, p. 293) comenta que a fragilidade na fundamentação conceitual dos direitos humanos pode levá-los a ser apenas um mero discurso de boas intenções, mas sem a força intelectual “para que possa receber adesão racional e constante”. As proclamações de direitos humanos “são declarações éticas realmente fortes sobre o que deve ser feito”. Elas exigem que se reconheça determinados imperativos e indicam que é preciso fazer alguma coisa para “concretizar essas

liberdades reconhecidas e identificadas por meio desses direitos", mas não pretendem que já seja algo legalmente assegurado, mas sim que sirvam para a criação de novas legislações para legalizar os direitos humanos em todo o mundo. A afirmação da existência dos direitos humanos tem interligação ética com o reconhecimento da importância fundamental de que certas liberdades devam ser respeitadas e a sociedade se veja com o dever social de apoiar e promover estas liberdades.

De forma que os direitos humanos são pretensões éticas significativas associadas às liberdades humanas e embora, como já dito, não tenham necessariamente força de lei, o fato de elas valerem como direitos morais capazes de servir de base para motivar novas legislações específicas, proporcionam força jurídica e não apenas ética aos direitos fundamentais. Mas a defesa da ética dos direitos humanos não está restrita apenas a via legislativa. A exposição e crítica de suas violações nos meios de comunicação; as campanhas de defesa e denúncia; o debate público qualificado, racional e imparcial; a mobilização popular; a promoção da educação em direitos humanos; e o apoio da sociedade também são caminhos para promover suas pretensões morais em prol da proteção e alcance da concretização dos direitos humanos sem depender de qualquer participação legislativa. Torna-se importante relacionar os vários instrumentos, incluindo a legislação, para que possa tornar a ética dos direitos humanos mais efetiva (SEN, 2011, p. 298).

Os direitos sociais não apareciam nas apresentações clássicas dos direitos humanos da Declaração de Independência dos Estados Unidos de 1776 ou da Declaração Francesa dos Direitos do Homem de 1789. Com a DUDH de 1948 que os direitos sociais, também chamados de segunda geração, começaram a fazer parte do domínio dos direitos humanos. Com o passar das décadas, começou a haver um reconhecimento e uma responsabilidade em escala mundial referente às carências sociais envolvendo não apenas os Estados individuais mas toda a comunidade internacional, o que levou a pensar não apenas nos terríveis acontecimentos ocorridos nas grandes guerras, mas nas "questões éticas subjacentes a ideias gerais de desenvolvimento global", na necessidade de realização de reformas democráticas internas nos países; e ainda "deixou clara a necessidade de diretrizes institucionais internacionais mais justas e eficazes para o cumprimento de obrigações globais" (SEN, 2011, p. 308). Assim, a luta pelo alcance

dos direitos humanos deve ser um processo contínuo e suas pretensões éticas precisam ser debatidas publicamente, baseadas em informações pertinentes em um exame aberto e com argumentos racionais, para que as suas alegações se sustentem e se aproximem de uma concordância geral e possam estimular novas legislações (SEN, 2011).

Herrera Flores (2002, p. 28) acrescenta que no mundo contemporâneo, os direitos humanos não podem ser apenas declarações textuais, mas uma visão de universalismo na qual consiste que ela seja um caminho para a discussão; a realização de normas; “a generalização do valor da liberdade”; e a “concepção de condições econômicas, sociais e culturais” que possam possibilitar os seres humanos a lutar pela reivindicação de sua dignidade no rumo da construção de uma ordem social justa. Ainda diz, em proximidade com o conceito de empoderamento da BP, que para assegurar a interculturalidade não basta apenas reconhecer o outro, mas é necessário transferir poder, “empoderar os excluídos dos processos de construção de hegemonia. E, assim, trabalhar para a criação de mediações políticas, institucionais e jurídicas que garantam dito reconhecimento e dita transferência de poder” (HERRERA FLORES, 2002, p. 28).

A compreensão referente aos direitos humanos dos autores citados acima contribuiu para adotarmos a teoria dos direitos internacionais dos direitos humanos que preconiza o dever dos Estados e também da sociedade internacional em proteger a dignidade humana.

Um marco na história dos Direitos Humanos foi, sem dúvida, a aprovação da DUDH de 1948, que como já dito, visava garantir a dignidade do ser humano e a humanização das sociedades igualando mundialmente os direitos fundamentais. E procurando a sua concretização que em 1966 foram elaborados dois tratados internacionais que detalhavam os direitos, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) passando a formar a Carta Internacional dos Direitos Humanos (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS, 2001).

A Carta estabelece o direito à saúde e a não discriminação a cidadãos e não cidadãos, como migrantes não regularizados, migrantes transitórios e refugiados (AMON; TODRYS, 2009).

Nesse sentido institui que todos os indivíduos têm o direito básico a mais alta condição possível de saúde e de não ser discriminado, o que implica o direito a um conjunto mínimo de serviços de saúde e de medicamentos essenciais sendo que nenhum Estado pode justificar o seu não cumprimento por falta de recursos. “Os Estados devem garantir o direito à saúde no limite de seus recursos, ainda que estes sejam restritos” (OMS; ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS - ACNUDH, 2008, p. 5).

Para o Direito Internacional os Estados têm o direito de controlar suas fronteiras, mas devem observar princípios de não discriminação em direitos fundamentais como o da saúde. A eliminação de qualquer tipo de discriminação baseada na nacionalidade.

O direito à saúde está presente no artigo nº 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A saúde é definida como uma condição para uma vida digna e indispensável para outros direitos como a igualdade, a educação, a não discriminação, a moradia, a alimentação, a liberdade, componentes integrais para ter uma vida saudável (VANDERPLAT, 2004).

O direito à saúde discutido sob a perspectiva dos direitos humanos, pressupõe o respeito à dignidade humana e o dever dos Estados em garantir condições para o exercício deste direito através de leis e políticas públicas.

O respeito à dignidade humana como valor fundamental nos remete ao imperativo categórico de Kant no qual toda pessoa possui valor intrínseco, não devendo ser tratada como um mero meio à cargo de interesses terceiros, mas como um fim em si mesmo. Nesse sentido, as restrições ao acesso aos bens e serviços de saúde merecem especial cuidado nas suas justificativas éticas considerando que podem representar grave violação aos direitos humanos e podem gerar problemas de saúde por colocar em risco e desencadear consequências biopsicossociais a este segmento.

Pretende-se uma igualdade de acesso e assistência respeitando as diversidades socioculturais e possibilitando a construção de uma integração paritária nos blocos econômicos que exigem o igual respeito entre as pessoas.

Ventura et al. (2010, p. 83) apontam em seu trabalho que “uma primeira dificuldade ética na identificação da saúde como um bem a ser tutelado pelo Direito é estabelecer critérios universalizáveis para definir este bem”.

O reconhecimento do direito à saúde como um direito humano “fundamental à preservação da vida e dignidade humana” revela um consenso entre o “direito vigente, nas leis internacionais e nacionais, e a moralidade comum. Por isso, crê-se que o respeito e a proteção do direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas”, mas não é isto de fato que ocorre na prática quanto aos direitos humanos (VENTURA et al, 2010, p. 84).

> A expressão tão genérica, abrangente e heterogênea desses direitos permite uma relativização que traz dificuldades teóricas e práticas, no momento de sua realização, de diversas ordens: filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. As dificuldades de se articular esses elementos e estabelecer os acordos necessários sobre o conteúdo e o modo de garanti-los têm sido o distanciamento entre o direito vigente na lei e o direito vivido na prática por milhões de pessoas, em todo o mundo. (VENTURA et al, 2010, p. 84).

A ausência ou insuficiência da responsabilidade dos Estados e dos serviços de saúde nacionais com a dignidade humana na proteção à saúde revela a necessidade de buscar soluções para tentar contornar o distanciamento entre os 2 direitos, o da lei vigente e o vivenciado na prática. Nesse sentido, o Sistema Internacional dos Direitos humanos possui instâncias deliberativas que visam orientar a aplicação e o entendimento dos direitos inscritos nos Tratados.

A recomendação geral nº 14, de 2000, elaborado pelo Comitê de direitos econômicos, sociais e culturais da Organização das Nações Unidas[5] (CESCR) incide sobre o conteúdo normativo do artigo 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais com vistas a apoiar a implementação do direito à

[5] Comitês estão previstos em todas as Convenções e Pactos das Nações Unidas voltados para a proteção dos direitos humanos e atuam continuamente no monitoramento das atividades dos Estados-Partes na promoção desses direitos. Tal monitoramento é possível através da apresentação regular, por cada país, de Relatórios Nacionais que apresentam um diagnóstico da situação e das medidas adotadas internamente para implementar compromissos firmados nas Convenções e nos Pactos. Quando da apresentação desses Relatórios Nacionais, os diversos Comitês das Nações Unidas que monitoram a implementação dos Tratados elaboram recomendações específicas para o país em questão e, em sessões especiais, como esforço de sistematização de seu trabalho, elaboram Recomendações Gerais que devem orientar a ação dos Estados-Partes. Nesse processo, os diversos Comitês destacam o quadro geral da situação examinada, (...) apontam problemas que devem ser solucionados pelos Estados-Partes para garantir informações mais qualificadas junto aos Comitês, sanar violações e garantir a realização dos direitos firmados. Finalmente, os Comitês elaboram Recomendações Gerais voltadas para a atuação de todos os Estados-Partes na promoção dos direitos humanos, em suas diversas áreas e dirigidas para diferentes sujeitos de direitos. Além do sistema global, há os sistemas regionais de direitos humanos, na Europa, na África e no continente americano, que possuem mecanismos de monitoramento similares ao do sistema global, reforçando e ampliando regionalmente os princípios e normas do direito internacional dos direitos humanos (VENTURA, 2003, p. 16).

saúde pelos Estados signatários e a verificação do seu cumprimento. O Comitê monitora o cumprimento dos Tratados de direitos humanos internacionais.

O artigo estabelece um “direito a um sistema de proteção da saúde, que prevê a igualdade de oportunidade para as pessoas desfrutarem o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - CESCR, 2000, p. 2).

> O direito à saúde pode ser compreendido como o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais alto nível possível de saúde. Portanto, o Comitê interpreta o direito à saúde não somente como o direito à atenção sanitária oportuna e apropriada, mas também aos principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água potável, condições sanitárias e habitação adequada, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde, inclusive a saúde sexual e a reprodutiva. Esse Comitê aponta outro aspecto importante, que se insere na própria compreensão do que seja o direito à saúde, que é a participação da população no processo de adoção de decisões públicas nesse campo. (OLIVEIRA, 2010b, p. 94).

O Comitê institui como elementos do direito à saúde: a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e a aceitabilidade.

> a) Disponibilidade. Cada Estado deve contar com número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas. Os serviços referidos também abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água limpa e potável, e condições sanitárias adequadas. Aqui também importa o número de hospitais, clínicas e demais instalações relacionadas à saúde, pessoal médico, bem como medicamentos essenciais, definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, disponibilizados pelo Estado. b) Acessibilidade. É definida como o dever assumido pelos Estados de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em: (I) não discriminação: instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis de fato e de direito aos setores mais marginalizados e vulneráveis da população; (II) acessibilidade física: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial dos grupos vulneráveis ou marginalizados, das minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes. Incluem-se aqui as pessoas que vivem nas zonas rurais ou de difícil acesso; (III) acessibilidade econômica: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos e o pagamento pelos serviços de atenção à saúde deve atender ao princípio da equidade; (IV) acesso à informação: compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias. c) Aceitabilidade. Define-se como o respeito pela ética médica e padrões culturais por parte dos serviços de saúde. d) Qualidade. Entendida como a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico, médico e de boa qualidade. (OLIVEIRA, 2010b, p. 94).

Os Estados têm a obrigação em garantir que o direito à saúde e aos determinantes básicos da saúde seja exercido sem qualquer discriminação e de tomar medidas para a sua plena realização com o máximo dos recursos disponíveis.

Obrigação em respeitar o acesso igualitário de todos, incluindo imigrantes não regularizados, nos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde; bem como reconhecer e responder as necessidades específicas de grupos vulneráveis, suscetíveis, vulnerados, marginalizados e minorias.

O Comitê aponta a importância da participação da população nas decisões relacionadas com a saúde na comunidade nacional e internacional, e da cooperação internacional em tomar medidas conjuntas visando ao cumprimento do direito à saúde.

O Estado que não justificar a utilização do máximo dos recursos disponíveis, mesmo que estes sejam escassos, na realização das obrigações mínimas, estará violando o direito à saúde. Portanto, o emprego de indicadores e metas são instrumentos fundamentais para monitorar o cumprimento das obrigações dos Estados em proteger, respeitar e realizar o direito à saúde, para que mais pessoas possam ter condições dignas de vida.

É um desafio atual conciliar o direito à saúde do imigrante e os direitos humanos na atual ordem econômico-financeira e o processo de ajustes macroeconômicos com interdependências mundiais. No entanto, as práticas no campo da saúde diante do processo de integração dos países podem servir de aprendizagem e de uma construção de cultura dos direitos humanos por meio de um espaço de inclusão e não discriminação em razão da origem nacional.

A saúde pode ocupar um papel de fortalecimento dos direitos humanos no atual contexto econômico e processos de integração com a construção de políticas que priorizem a igualdade de oportunidades e a proibição da discriminação na concessão de serviços de saúde.

Enfrentar o fenômeno da imigração significa entende-lo também como uma questão de saúde pública, na qual se insere os cuidados em saúde, e não como uma questão político-econômica e de segurança das nações.

Para promover e proteger o direito à saúde é necessário adaptar os marcos jurídicos e regulatórios de acordo com os instrumentos internacionais de direitos humanos. As ações e serviços universais de saúde devem estar baseados em

perspectivas éticas das necessidades das pessoas e de grupos em condições de vulnerabilidade e vulnerados.

A saúde pública está contida na responsabilidade do Estado pelo respeito, proteção e efetivação dos direitos humanos presente nas convenções internacionais dos direitos humanos.

São considerados absolutos, inderrogáveis, os seguintes direitos:

> [...] à vida; a não ser discriminado; a não ser torturado ou receber tratamento/punição cruel, desumano ou degradante; a não ser escravizado ou submetido a servidão involuntária; a não ser preso por não cumprir obrigações contratuais; à não-retroatividade de ofensas criminais; a ser reconhecido como pessoa perante a lei; e à liberdade de pensamento, consciência e religião. Todos os demais direitos humanos são rigorosamente derrogáveis. (FRANÇA, Jr.; AYRES, 2009, p. 67).

Apenas em caso de necessidade de saúde pública pode-se suspender os direitos humanos inderrogáveis mas deve estar previsto em lei e estar nítido o valor social em questão, para que não seja considerado uma violação dos direitos humanos, mas apenas uma suspensão. E a medida deve ser a menos proibitiva possível para a obtenção do valor social (FRANÇA, Jr.; AYRES, 2009).

No entanto temos exemplos de práticas discriminatórias como a restrição realizada pelos Estados Unidos à entrada em seu território de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (ANNAS, 1999).

A derrogabilidade ou suspensão dos direitos humanos nas questões de Saúde Pública está regulada no documento "*Princípios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*" (1984).

Este documento foi resultado de uma preocupação com a interpretação das cláusulas de limitação e restrição da aplicação do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), em especial, as disposições que não admitem derrogação (abolição ou alteração), inclusive com a participação do Brasil. O pensamento comum no momento da construção do documento era a estreita relação entre o respeito aos direitos humanos e a manutenção da paz e da segurança internacional; e que sua aplicação é requisito para o desenvolvimento dos Estados, independente do nível do seu desenvolvimento econômico.

Os princípios interpretativos relacionados com as cláusulas de limitação específica da saúde pública presentes nos artigos dizem que:

> 14- La salud pública puede invocarse como motivo para limitar ciertos derechos a fin de permitir a un Estado adoptar medidas para hacer frente a

> una grave amenaza a la salud de la población o de alguno de sus miembros. Estas medidas deberán estar encaminadas específicamente a impedir enfermedades o lesiones o a proporcionar cuidados a los enfermos y lesionados.
> 15- Deberán tenerse debidamente en cuenta las normas sanitarias internacionales de la Organización Mundial de la Salud.
> 25- El alcance de los derechos y libertades de los demás que puedan constituir una limitación a los derechos previstos en el Pacto rebasa los derechos y libertades reconocidas en el Pacto (COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS, 1984, p. 5).

Os princípios de Siracusa estabelecem que os direitos e liberdades possam ser limitados para permitir que um Estado tome medidas que tratem uma ameaça séria para a saúde da população ou membros individuais da população. Essas medidas devem ser destinadas especificamente para prevenir doenças ou ferimentos, ou para cuidar dos doentes e feridos.

Há uma discussão sobre o aspecto de que os direitos individuais e as liberdades são considerados inderrogáveis, e os direitos sociais admitem limitações desde que justificáveis. Mas esta divisão está sendo superada com a argumentação da indissociabilidade dos direitos individuais e sociais. E no caso da saúde, está sendo considerada como um direito não derrogável em razão do direito à vida a ela relacionada.

As medidas restritivas que limitam os direitos humanos fundamentais são justificadas para proteger a saúde pública em situações de emergências, estando contidas tanto no Comentário Geral nº 14 do CDESC quanto no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. As limitações são para proteger os direitos e liberdades dos indivíduos e não permitir a imposição de restrições de forma arbitrária, irracional ou discriminatória por parte dos Estados. O Comentário Geral e os Princípios de Siracusa enfatizam a necessidade de que as restrições sejam estabelecidas por lei, comprovadamente necessárias, compatíveis com outros direitos do PIDCP, e não discriminatórias.

Silva e Maxwell (2015) defendem que os Princípios de Siracusa são insuficientes para legitimar as restrições aos direitos humanos na limitação da propagação de doenças infecciosas. Examinaram o papel da reciprocidade no contexto de medidas restritivas usadas no surto da doença do vírus Ebola (EVD) na Guiné, na Serra Leoa e na Libéria, e como estas ideias podem se estender as discussões sobre o que é devido às comunidades em contraste com os indivíduos durante emergências de saúde pública. Argumentam que embora o princípio da reciprocidade forneça um importante instrumento teórico para ajudar a validar as

restrições, ele também pode servir de instrumento para obrigar os Estados e a comunidade internacional a apoiar e compensar esta limitação, para que os sujeitos não sejam prejudicados indevidamente. Acreditam que a reciprocidade pode ajudar a esclarecer a cláusula relativa às medidas menos restritivas já presente nos Princípios de Siracusa e, por extensão, a alegação de proporcionalidade do artigo nº 29 do PIDCP, já que ao aplicar uma limitação, o Estado não usará meios mais restritivos do que os exigidos para a realização da finalidade da limitação.

Todrys et al. (2013) estudaram a detenção arbitrária de indivíduos com tuberculose no Quênia e Canadá e observaram que as autoridades de saúde governamentais e as leis locais, por vezes, não cumprem plenamente ou ignoram totalmente os requisitos dos Princípios de Siracusa, nos quais as restrições aos direitos em nome da saúde pública devam ser estritamente necessárias e menos intrusivas possíveis para atingir seu objetivo. E concluíram que tanto no Quênia quanto no Canadá, poderiam ter sido exploradas outras opções menos restritivas antes da detenção e tratamento em ambiente prisional, e que são necessárias normas mais específicas a nível internacional relacionadas com medidas de restrição de direitos e ameaças à saúde pública que possam auxiliar os Estados e as autoridades de saúde pública na luta contra a tuberculose e outras doenças infecciosas.

A perspectiva dos direitos humanos permite mostrar a suscetibilidade e vulneração de grupos e populações com riscos à saúde, e as violações de direitos.

Deve se promover uma discussão moral em razão dos riscos adicionais que podem incidir sobre os imigrantes, em razão da situação de vulneração que se encontram, e a responsabilidade social dos Estados com a saúde deste contingente, e o reconhecimento dos seus direitos fundamentais a partir da valorização da dignidade humana.

4.3 PERSPECTIVAS CRÍTICAS DOS DIREITOS HUMANOS

Alguns autores consideram que os problemas para a falta de efetividade dos direitos humanos na contemporaneidade têm sua origem no modo de produção capitalista.

Marques Neto (2010) escreveu sobre a universalização de uma lógica mercadológica que produz sistematicamente suspensão dos direitos e exclusão

social, e da transfiguração e até mesmo, em alguns casos, a dissolução que vem passando os conceitos de Estado, soberania e nação:

> A soberania, por exemplo, desloca-se cada vez mais do âmbito do Estado (ou do povo, ou da nação) para o domínio do mercado. O Mercado, esse ser metafísico, inatingível e indestrutível enquanto tal é o verdadeiro soberano no mundo da economia globalizada. Destituído do lugar de soberania para o de simples garantidor do livre funcionamento do mercado, ou seja, da competição, o Estado contemporâneo vai sofrendo sua afânise: apequena-se, minimiza-se. Com isso, a noção de espaço público se contrai e vai diluindo-se rapidamente na medida em que é implicitamente reduzida ao espaço de garantia das relações negociais. A linguagem corrente nos veículos de comunicação de massa dá-nos um eloquente testemunho desse deslocamento: já quase não se fala mais, por exemplo, de "países em desenvolvimento", como até há pouco tempo atrás, mas de "mercados emergentes". O que decai, aí, é a própria noção de país, de nação. E o que "emerge" dessa linguagem é a subsunção do político ao econômico. (MARQUES NETO, 2010, p. 116).

Para Perius (2013, p. 53), "há uma mercadológica transnacional que não tem como foco os indivíduos enquanto sujeitos protegidos por garantias jurídicas. [...] está voltada para a expansão do capital" e com isto qualquer sistema de proteção dos direitos é visto como empecilho; e os Estados-Nações apesar de criarem leis e instituições de defesa dos direitos humanos, estão tão enfraquecidos que os seus significados são pouco expressivos. Diz que para combater o poder desta racionalidade econômica, chamada também por ele como estratégico-instrumental, e não promover a coisificação dos seres humanos, não adianta "formalizar mais e mais direitos. Antes disso, é preciso fortalecer grupos sociais para que façam valer seus direitos" (PERIUS, 2013, p. 53).

Mendes (2011, p. 85) ainda defende que "toda liberdade garantida pelos direitos civis e políticos é subtraída pela desigualdade econômica e social".

Perius (2013) aponta que no contexto atual, o Estado de Exceção é o paradigma do governo. Para ele, é facilmente compreensível o significado da frase de Walter Benjamin (BENJAMIN, 1994, p. 226): "A tradição dos oprimidos nos ensina que o Estado de Exceção em que vivemos é uma regra". Ele não estava mencionando o Estado de Exceção presente em guerras e sistemas políticos totalitários, nos quais a suspensão dos direitos e da garantia das pessoas é explícita, mas o presente na atualidade, em sistemas políticos ditos democráticos. A exigência contida na modernidade para uma permanente criação de novos produtos justifica, e ao mesmo tempo, encobre, uma sociedade de exclusão.

Perius (2013) comenta que o filósofo Giorgio Agamben em "*Homo Sacer*: o poder soberano e a vida nua" (AGAMBEN, 2002) desenvolveu muito bem a afirmação benjaminiana referente ao permanente Estado de Exceção, e o conceito que ele traz de vida nua é importantíssimo para elucidar os problemas da não efetividade dos direitos humanos nas sociedades atuais, ao afirmar que: "O fato da vida estar constantemente exposta ao poder soberano [...] e despida da proteção garantida formalmente pelos direitos, tornam-se casos concretos de vida nua, vida situada à margem da sociedade" (PERIUS, 2013, p. 50).

Ruiz (2011, p. 1) fez uma excelente descrição a respeito do estado de exceção:

> Há de se constatar que o estado de exceção é uma figura jurídica criada pelo Estado de direito. Nos regimes de soberania absoluta não era necessário o estado de exceção, pois a vontade soberana governava como exceção permanente. Ela era a norma arbitrária da ordem e do direito. Nesse caso a exceção é desnecessária porque é permanente. Nos regimes absolutistas, como nos autoritarismos, a exceção é norma, já que a norma emana da vontade soberana que vigora com pleno arbítrio. O Estado de direito foi instituído para abolir a arbitrariedade da vontade soberana e em seu lugar instituir a lei de forma isonômica. Porém, o que a tese do filósofo Giorgio Agamben desvela é que o Estado de direito não conseguiu abolir plenamente a vontade soberana, senão que ela persiste oculta como potência do Estado para ser utilizada quando necessária.

O Estado de exceção está presente nas atuais democracias e é utilizado pelo soberano "sistematicamente como forma de controlar grupos e pessoas que possam ameaçar a lógica estabelecida", deixando-os as "margens da sociedade, passam a ser abandonados, desprotegidos, vida nua, *homo sacer*" (PERIUS, 2013, p. 54).

Para Perius (2013, p. 55):

> Se o Estado de Direito é a forma moderna de nos defender da pura arbitrariedade da vontade soberana, no momento em que há um declínio da lógica política que poderia fortalecer este Estado e a soberania se transfere para o mercado (já que o Estado neoliberal se retrai apenas para garantir o funcionamento do Mercado), neste momento as garantias jurídicas de proteção passam a ser constantemente ameaçadas, manipuladas e até mesmo suspensas. Para pensar hoje esta realidade, a partir da temática dos direitos humanos (ou seja, situando o olhar a partir das lutas por direitos, das lutas por uma vida digna): o que significa esta ameaça de abandono, de exclusão da esfera do direito, por parte de um grande número de pessoas?

Ao procurar resgatar os direitos humanos, aproximando-os do imaginário vigente para a realidade vivida, que alguns autores propuseram conceitos críticos a eles.

E buscando respostas e meios de resolver os conflitos da efetividade dos direitos humanos à saúde em concordância com a proposta da análise bioética a partir da bioética da proteção, que foram escolhidas algumas perspectivas críticas dos direitos humanos e suas sugestões de superação, como a de Herrera Flores e Derrida.

Como já visto, na modernidade, o modo de produção capitalista vem encontrando campo para se enraizar cada vez mais, e Herrera Flores apresentou uma concepção crítica dos direitos humanos partindo de uma percepção materialista. Ele executa uma análise social da sociedade contemporânea na qual as patologias sociais presentes são em decorrência dos modos de produção e reprodução da vida próprios do modelo capitalista, onde estabelece relações humanas desiguais, na qual uma minoria sobrepuja e explora a maioria dos seres humanos, obrigando-os a sobreviver sem o direito à dignidade humana (CAJU, 2014).

Estamos falando que ainda na atualidade existem mortes por fome e por doenças evitáveis, pessoas vivendo abaixo da linha da miséria, ou seja, excluídas da concepção de dignidade humana. Diante desta situação, Herrera Flores propõe a utilização dos direitos humanos como ferramenta para contribuir na mudança desta realidade. Conceitua os direitos humanos como um produto “cultural surgido em um contexto concreto e preciso de relações que começa a expandir-se por todo o globo desde o século XV até [...] inícios do século XXI sob o nome de modernidade ocidental capitalista” (HERRERA FLORES, 2009, p. 19).

Os direitos humanos são “produtos culturais, com origens históricas que resultam de processos reativos dos seres humanos, ao longo do tempo, ante a outros seres humanos, à natureza e, também, entre si” (COPELLI, 2014, p. 270). Os direitos são definidos como uma “prática de processos sociais, econômicos, políticos e normativos, que permitem tanto a abertura quanto a consolidação de espaços de luta pela dignidade” (COPELLI, 2014, p. 270).

Herrera Flores procura desconstruir o conceito de universalidade dos direitos humanos a partir da concepção de que eles são produtos culturais, e com isto o outro, mesmo sendo diferente da cultura hegemônica, tem suas próprias formações sociais e que também cria suas ações rumo a uma vida que considera digna. “Ou seja, há modos plurais, multiformes, de se entender e atuar no mundo” (COPELLI, 2014, p. 272). Seguindo este entendimento, os Direitos Humanos não podem ser

“percebidos como um fenômeno natural, como um jusnaturalismo, um dado externo, acabado, metafísico e transcendente em relação à existência humana” e sim como um marco cultural, um instrumento que nos permite perceber nos “Direitos Humanos um caminho para a dignidade” (COPELLI, 2014, p. 272).

A partir desta construção “o universal não contém os ditos direitos, mas, sim, a ideia de dignidade humana. [...] na dignidade que há um núcleo comum e universal, capaz de propiciar o diálogo entre as diferentes formas de existir” (COPELLI, 2014, p. 273). E nas lutas para a concretização dos direitos cada “formação social pode tanto potencializar quanto, também, obstaculizar determinadas atitudes e/ou aptidões rumo à dignidade” (COPELLI, 2014, p. 273).

Perius fala que Herrera Flores desenvolveu muito bem a tese de que os direitos humanos são produtos culturais resultantes de lutas e políticas sociais. “Não é a ficção natureza humana que garante a dignidade daqueles e daquelas aos quais a sociedade nega esta dignidade. Direitos humanos deste modo são conquistados” (PERIUS, 2013, p. 55).

Mendes (2011, p. 81) considera válida a concepção dos direitos humanos de Herrera Flores:

> A descrição do direito como processos e práticas de luta leva Herrera Flores a defini-lo não só como algo que existe em ato, mas principalmente como algo que se expressa através de uma potência. O direito deve ser construído, conquistado, disputado e concebido no movimento contínuo de atualização da potência. A partir de então não existe mais direito, mas somente devir-direito: processo de construção imanente de formas singulares de vida digna. [...] veja-se que, nessa linha, os direitos humanos são tutelados porque são o resultado de lutas por uma vida digna e não em razão de fundamentações transcendentais, como a kantiana [...]. Obtemos aqui uma original definição de direitos humanos como garantia das lutas e garantia do resultado das lutas pela dignidade humana. Por sua vez, as normas jurídicas e as instituições se justificam somente se garantirem a continuidade da dinâmica de lutas e os mecanismos dessa democracia constituinte.

Herrera Flores procura fugir da formulação idealizada e formal dos direitos humanos, presentes em declarações e leis, e traz para a realidade das relações sociais, como um caminho para lutar pelo direito à dignidade humana.

Assim como comenta Caju (2014, p. 6):

> O direito positivo se legitima conforme traduza os avanços produzidos por lutas, em cada momento da história humana, e, neste ponto, Herrera é enfático em colocar que as pessoas precisam de bens, não apenas de direitos reconhecidos. As declarações de direitos só fazem sentido se servirem à garantia dos bens necessários à dignidade humana.

Os direitos humanos ou dignidade humana não podem ser tomados como conceitos abstratos e sim no sentido de resultados concretos de conquistas e lutas, para não correr o risco de serem utilizados como base ideológica para fins contrários a defesa dos direitos, como justificativa para intervenções militares e ao extermínio de culturas locais pela imposição de uma pseudocultura capitalista, que no fundo são formas de abrir novos mercados, novas formas de produção e hábitos de consumo.

Para Herrera Flores (2009, p. 27), os sujeitos não são abstratos, mas vistos dentro dos seus contextos sociais possibilitando assim reconhecer suas necessidades, os meios para combater a dominação e lutar para a concretização da dignidade humana. Observou que nos conflitos presentes na História houve sempre a presença de grupos pleiteando melhores condições de vida e a partir daí compreendeu o que considerou como universal, que seria "a ideia ou a intuição de dignidade humana" e não um aglomerado de direitos. Classifica o universal como um:

> [...] substrato sobre o qual descansa essa condição mundana/imanente de um ser humano fronteiriço, que luta para encontrar seu lugar no mundo" e deve-se criar "condições para que todos os seres humanos possam desenvolver suas atitudes e suas aptidões para empoderar-se, isto é, para alcançar uma posição que possibilite disposições favoráveis ao desdobramento do fazer e ter o suficiente para poder colocar em prática essa capacidade humana de fazer (HERRERA FLORES, 2009, p. 27).

Aqui podemos ver a aproximação da teoria crítica de Herrera Flores com a bioética de proteção que na sua função protetora estimula o desenvolvimento do empoderamento e não o protecionismo. Os sujeitos alcançarão a dignidade humana por meio do desenvolvimento humano pleno que pode estar sendo obstruído pelas classes de poder.

Igualmente percebemos proximidade de Herrera Flores com Ventura et al. (2010) quando ao fazer críticas ao pensamento hegemônico no Direito, ele menciona a contradição entre direitos e fatos, ao afirmar que produz uma "abordagem eminentemente formalista do direito, a preocupação maior com a sustentação de sua coerência lógica *in abstrato* e a distância cada vez mais profunda entre o mundo das normas e o mundo dos fatos" (HERRERA FLORES, 2009, p. 90). Embora a normatização seja essencial, tem que se adequar a realidade dos fatos. Distanciamento entre o direito vigente e o vivido. Entre o legal e o ético.

Mas o comportamento da sociedade em relação aos direitos humanos também contribui para esta distância entre o que é falado e o que é realizado, do que deve ser e o que realmente é na prática.

Como Sanchez Rubio (2010a, p. 11) aponta em relação a esta postura:

> Possivelmente nos convém manter essa diferença para consolidar e reforçar uma cultura de direitos humanos estreita, reduzida e simplista que tanto na superfície como no fundo convém àqueles que realmente preferem conviver descumprindo, destruindo e/ou ignorando os direitos humanos.

A sociedade mundial atual, diversificada, heterogênea e plural não é mais compatível com as teorias hegemônicas de concepção formalista e conservadora dos direitos humanos, criada pela burguesia ocidental, e mais voltada a Europa e América do Norte. Segundo Herrera Flores (2009, p. 16):

> [...] os direitos humanos constituem um produto cultural surgido no âmbito que se denominou Ocidente, sobretudo porque, por um lado, necessitava-se de justificações ideológicas para as expansões coloniais por todo o globo, e, também, porque era necessário enfrentar a globalização das injustiças e opressões que tal expansionismo ia produzindo por toda parte.

Torna-se essencial que a sociedade esteja esclarecida, fundamentada, para que seja companheira na luta para o alcance da dignidade humana a todos os sujeitos. É fundamental a participação da sociedade neste processo.

Segundo Herrera Flores (2009, p. 17), os meios de lutar pelos direitos humanos não devem ser idênticos para toda a humanidade, pois existem “múltiplas possibilidades de se buscar a dignidade”, e sim “construir espaços de encontro entre as formas de ação nos quais todos possam fazer valer suas propostas e diferenças”.

E para tornar viáveis as ações rumo à dignidade ele propõe “seis decisões iniciais” (HERRERA FLORES, 2009, p. 17):

a) “Pensar é pensar de outro modo”: criar novas formas de pensar, mas evidenciando nitidamente as diferenças, e ter um pensamento crítico em relação ao que é apresentado, principalmente pelas classes hegemônicas;

b) “Da negatividade dialética à afirmação ontológica e axiológica”: negar os diálogos que excluem os diferentes e valorizar os diálogos que buscam diversas formas e caminhos rumo a dignidade;

c) “Pensar as lutas pela dignidade humana significa problematizar a realidade”: ter um pensamento crítico em relação ao outro, mas dentro do seu contexto, da sua realidade, o que pode fazer surgir novos “conceitos, categorias e formas alternativas de ação no mundo e não do mundo”;

d) “Da utopia às heterotopias”: abandonar o impossível de se obter, o inatingível, e procurar algo novo, mas que seja praticável;

e) “A indignação diante do intolerável deve nos induzir ao encontro positivo e afirmativo de vontades críticas”: ficar atento para perceber as violações e transgressões de direitos que ocorrem em nossa volta, em nosso tempo e no mundo;

f) “Nem tudo vale o mesmo”: seguindo a concepção que os direitos humanos são produtos culturais, não podem ser universais, já que há variados meios de se alcançar a dignidade.

Herrera Flores afirma o papel ético de seus conceitos críticos para combater questões negligenciadas pelas teorias tradicionais do direito ao anunciar que:

> Os direitos humanos vistos em sua real complexidade constituem o marco para construir uma ética que tenha como horizonte a consecução das condições para que “todas e todos” (indivíduos, culturas, formas de vida) possam levar à prática sua concepção da dignidade humana. Nada é mais universal que garantir a todos a possibilidade de lutar, plural e diferenciadamente, pela dignidade humana. (HERRERA FLORES, 2009, p. 120).

Mas o autor deixa claro que seus elementos críticos dos direitos humanos só se realizam com a concretização dos direitos, não basta apenas a sua produção normativa e teórica, mas o desempenho como uma ferramenta para o alcance de condições dignas de vida, para não continuar sendo um direito abstrato.

Herrera Flores saliente que seus conceitos críticos não podem ser estudados como um fim em si mesmo e nem tem o intuito de ser generalizado, de ser usado para todas as situações e em todos, mas de proporcionar por meio dos “caminhos culturais, contextuais e conceituais”, o alcance de “atitudes e aptidões de empoderamento mútuo e de espaços de encontro” (COPELLI, 2014, p. 275).

De forma que podemos pensar em lançar mão da sua proposta crítica e remetê-la a questão do imigrante, para o enfrentamento da violação do seu direito humano à saúde, tentando transformar esta realidade. Devemos pensar a abordagem feita sobre a questão dos direitos humanos em articulação com os conceitos críticos, visando não se limitar a simples análise da formalidade dos direitos e sim lutar pela defesa de sua concreta efetividade.

Portanto, não basta apenas buscar a responsabilidade do Estado, mas também a da sociedade. Deve se procurar transformá-la, preparando-a para abandonar a concepção ideológica e apresentando-lhe os instrumentos para lutar

pela dignidade para todos os seres humanos, a partir da construção dos direitos humanos pelas relações sociais cotidianas, como produções sócio históricas, como um produto cultural. Sair do plano da utopia e entrar na realidade concreta.

Conforme Tosi (*on line,* não paginado), a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948:

> [...] reafirma o conjunto de direitos das revoluções burguesas (direitos de liberdade, ou direitos civis e políticos) e os estende a uma série de sujeitos que anteriormente estavam deles excluídos (proíbe a escravidão, proclama os direitos das mulheres, defende os direitos dos estrangeiros, etc.); afirma também os direitos da tradição socialista (direitos de igualdade, ou direitos econômicos e sociais) e do cristianismo social (direitos de solidariedade) e os estende aos direitos culturais.

Para Fischmann (2009, p. 158), “a Declaração Universal pode ser considerada como princípios de um programa a ser detalhado e cumprido ao longo do tempo, negociando a cada vez o que pode ser considerado universal”.

Sanchez Rubio (2010b, p. 43) defende que “há um bloco de direitos básicos, independente dos processos históricos e condições sociais de produção”. Segundo sua concepção os direitos de primeira geração, os direitos individuais, como a liberdade, a propriedade e a segurança, “são vistos como originários e mais importantes, como os únicos universais e válidos”. Já os direitos sociais, entre eles o da saúde, chamados de “segunda geração e os da terceira geração”, como a paz e o meio ambiente, “são considerados pseudodireitos” (SANCHEZ RUBIO, 2010b, p. 43).

Trindade (1998, p. 120) condena esta falta de visão integral dos direitos humanos, dividindo-os e prestigiando os de primeira geração, o que tem gerado “um desserviço à causa da proteção internacional dos direitos humanos. Indivisíveis são todos os direitos humanos, tomados em conjunto, como indivisível é o próprio ser humano, titular desses direitos”.

Fischmann (2009) reforça este pensamento ao apontar que embora haja um entrelaçamento entre a Declaração Universal e a Constituição Brasileira de 1988, a realidade apresentada, por muita das vezes, é a não proteção dos direitos.

> A Constituição teve como característica resultar de processo de lutas e reivindicações que mobilizaram a sociedade civil organizada em oposição à ditadura. O recurso aos documentos internacionais de proteção dos direitos humanos foi fundamental e muitas vezes crucial tanto para invocar direitos cujo respeito se tinha como evidentes, denunciando assim o arbítrio, como para garantir mesmo a vida dos ativistas que se envolveram no confronto direto com as forças da repressão - e, muitas vezes, nem esse recurso teve como evitar o pior. (FISCHMANN, 2009, p. 159).

Assim como a sociedade brasileira lutou pelos direitos humanos no período da ditadura em prol da democratização se concretizando, em um dos seus ramos, na Constituição, deve se ter o mesmo pensamento de lutas para brigar pelo direito humano à saúde do imigrante no momento atual. A própria defesa dos direitos humanos nos remete a proteção destes sujeitos.

As lutas contra a escravidão e a ditadura contadas no trabalho de Colambaroli e Martino (2012) são fortes exemplos brasileiros de reinvindicação e consagração do direito humano à liberdade. Mas outras transgressões dos direitos humanos persistem fortemente no país, como a desigualdade social e a miséria, e que espantosamente, não parece afetar a sociedade brasileira porque ela age "como se fosse natural o convívio entre a opulência e a pobreza, ou que as regalias de poucos coexistam com a supressão dos direitos da maioria" (COLAMBAROLI; MARTINO, 2012, p. 7). Também mencionam a violência policial contra os mais pobres e a vida indigna nas prisões brasileiras, como se o Estado e a sociedade não os considerassem merecedor dos direitos humanos.

Estes exemplos somados aos vários exemplos trágicos reproduzidos pelo mundo, como as guerras, nos revelam que as garantias nacionais e internacionais presentes nas Declarações de Direitos dos Homens e nas normativas embasadas em seus valores não são suficientes para proteger os seres humanos. E que esta proteção não é devida apenas pelo Estado, mas também pela sociedade nacional e internacional. "Os direitos humanos devem fazer parte do cotidiano de todos os cidadãos" (COLAMBAROLI; MARTINO, 2012, p. 8).

Em Sanchez Rubio (2010a), os direitos humanos são referidos aos seguintes elementos: a luta social; a reflexão filosófica; a eficácia e efetividade jurídica; a sensibilidade sociocultural; e o reconhecimento jurídico positivo. Mas Colambaroli e Martino (2012, p. 9) afirmam que "o imaginário coletivo presta atenção apenas no reconhecimento jurídico, na efetividade jurídica e na reflexão filosófica, olvidando a luta social e a sensibilidade sociocultural". Mas que os "direitos humanos [...] representam muito mais do que o proclamado juridicamente. Estão intimamente ligados com a realidade dos indivíduos e as lutas por eles travadas, ao processo de construção social da realidade" (COLAMBAROLI; MARTINO, 2012, p. 9).

Para Sanchez Rubio (2010a, p. 18):

> [...] são nossas relações e práticas ou tramas sociais, tanto jurídicas como não jurídicas as que, a cada momento e em todo lugar, nos dão a justa

> medida de se fazemos ou não fazemos direitos humanos, de se estamos construindo processos de relações sob dinâmicas de reconhecimento, respeito e inclusão ou sob dinâmicas de império, dominação e exclusão. [...] direitos humanos guardam mais relação com o que fazemos em nossas relações com nossos semelhantes, seja sob lógicas ou dinâmicas de emancipação ou de dominação, do que nos dizem determinados especialistas (embora também repercuta em nosso imaginário e em nossa sensibilidade sobre direitos humanos).

Seguindo os conceitos críticos de Herrera Flores nos quais a luta é uma forma importante de reinvindicação e construção dos direitos humanos, acrescentamos, além da participação ativa da sociedade, a educação, que também é um direito humano, como mais um dos caminhos visando a sua efetividade.

Colambaroli e Martino (2012) sugerem a educação em direitos humanos como uma importante prática social voltada à transformação social, como elemento fundamental para a formação do indivíduo. Justificam ao afirmar que:

> Os direitos humanos, não nos são dados pelo Estado ou construídos a partir da luta de terceiros. São construídos e representados pelo cotidiano social. Não são algo estático, determinado pelas Constituições e Tratados, mas estão em constante mutação, ampliação, posto que são fruto da luta e das tramas coletivas. Não são algo de caráter universal, não são os mesmos nos diferentes países, e nem o podem ser, posto que são provenientes de diferentes culturas, cada qual com suas particularidades. Não devem representar meros objetos de discussão acadêmica, ou mera utopia, deve-se buscar, incessantemente, sua aplicação prática, sem a qual esvazia-se de qualquer sentido. Direitos humanos são produtos culturais. A Educação, por sua vez, é um dos mais fundamentais Direitos Humanos. Mas não falamos aqui da educação castradora e alienante, voltada apenas para as necessidades de mercado. A Educação como direito fundamental deve buscar formar verdadeiros cidadãos, críticos, participativos, inquietos e provocadores. (COLAMBAROLI; MARTINO, 2012, p. 10).

Dropa (*on line,* não paginado) considera:

> [...] fundamental que a consolidação dos Direitos Humanos se dê, primeiramente, na órbita interna de um Estado, começando pela conscientização de cada membro da sociedade, especificamente no seio familiar, para então atingir níveis mundiais de conscientização, por mera consequência. A base se encontra, pura e simplesmente na educação.

De forma que para Colambaroli e Martino (2012, p. 10), os direitos humanos não significam simplesmente o direito a existir, mas a sua existência com dignidade; “e a educação popular mostra-se como uma das formas mais adequadas por reconhecer o protagonismo e o potencial transformador de cada indivíduo, considerando os educandos como sujeitos de sua própria libertação”.

Freire (1987, p. 31) corrobora o papel da educação ao afirmar que:

> Desde o começo mesmo da luta pela humanização, pela superação da contradição opressor-oprimidos, é preciso que eles se convençam de que esta luta exige deles, a partir do momento em que a aceitam, a sua responsabilidade total. É que esta luta não se justifica apenas em que passem a ter liberdade para comer, mas "liberdade para criar e construir, para admirar e aventurar-se". Tal liberdade requer que o indivíduo seja ativo e responsável, não um escravo nem uma peça bem alimentada da máquina. Não basta que os homens não sejam escravos; se as condições sociais fomentam a existência de autômatos.

A educação está relacionada aos objetivos da bioética de proteção, de capacitar. Ao proporcionar empoderamento aos sujeitos para enfrentar seus desafios, se estará ao mesmo tempo protegendo-os. A educação é apenas uma das soluções apresentadas para este conflito, mas deve se ter constante a luta para desfazer o abismo entre o formal e a prática, e a busca para encontrar outras soluções, mas não distanciando os direitos humanos e a ética dos sujeitos, mas relacionando os direitos humanos como direitos a vida digna dos sujeitos e que não devem ser violados.

Os direitos humanos ainda não é uma realidade para muitos e para transformar este cenário é necessário considerá-los como "produto cultural, fruto das relações sociais, da luta do povo. É preciso mostrar que, em todos os momentos estamos lidando com direitos humanos" e a educação em direitos humanos deve, por meio da sua realidade, fazer com que os sujeitos se reconheçam como "sujeitos de direitos e deveres, e se conscientizem da necessidade de lutar por eles, de fazê-los valer" (COLAMBAROLI; MARTINO, 2012, p. 13).

Outros autores também fizeram críticas ao uso dos direitos humanos como referencial teórico nas discussões bioéticas. Uma delas diz respeito a sua posição paradoxal, sendo meramente abstrato quando dirigido aos seres humanos em geral, mas eliminando de fato os seres humanos concretos (SCHRAMM, 2005).

Kurz (2003) também tem uma visão materialista dos direitos humanos ao afirmar que são voltados para os interesses do poder e do mercado, ignorando a essência dos seus princípios.

> É o mercado universal que forma o fundamento de todos os direitos, incluindo os direitos humanos elementares. A guerra é conduzida em prol da liberdade dos mercados que mata pessoas em prol dos direitos humanos. Em nome dos direitos humanos que cai a chuva de bombas; e em nome dos direitos humanos que as vítimas são assistidas e consoladas. (KURZ, 2003, p. 2).

Esta forma paradoxal é quem define quem é ser humano e quais são os seus direitos. E para ser um ser humano, precisa ser um ser solvente, que trabalha, que é

produtivo, para que seja um sujeito de direito. A socialização por meio de mercadorias e trabalho abstrato, como “máquinas de fazer dinheiro”, faz surgir um espaço entre este ser humano social abstrato e sujeitos reais.

“Trata-se do domínio de uma abstração social, encarnada na forma do dinheiro e, por conseguinte, do direito, abstraindo a existência física reduzindo a um mero ser [...] um fim em si mesmo” (KURZ, 2003, p. 4).

Kurz (2003, p. 3) afirma que:

> O "ser humano em geral" visado pelos direitos humanos é o ser humano meramente abstrato, isto é, o ser humano enquanto portador e ao mesmo tempo escravo da abstração social dominante. E somente como este ser humano abstrato ele é universalmente reconhecido. No entanto isso significa que esse reconhecimento inclui simultaneamente um não-reconhecimento: as carências materiais, sociais e culturais são excluídas justamente do reconhecimento fundamental. O homem dos direitos humanos é reconhecido apenas como um ser reduzido à abstração social.

Para Kurz (2003, p. 4), o “reconhecimento paradoxal do ser humano abstrato através do não-reconhecimento do ser humano vivo e social” pode afastar este da natureza de ser homem, deixando de ser seres humanos em geral; “nesse aspecto, eles valem objetivamente apenas como um fragmento de matéria, como meros objetos naturais, tal qual seixos”. De forma que considera a promessa dos direitos humanos apenas como uma ameaça, já que como não são cumpridas as condições modernas da definição de ser humano, o mesmo não é reconhecido como tal.

E para Derrida (2001), este paradoxo dos direitos humanos também compromete o conceito de cidadania em razão do seu provável conteúdo abstrato e de exclusão; e sugere a substituição do seu termo para hospitalidade incondicional. Schramm (2004, p. 779) diz sobre a nova categoria criada que “comentando uma sugestão do tratado A paz perpétua (1796) de Kant, relativa a paz universal entre cidadãos do mundo - mas ampliando para incluir todos os seres vivos”.

Derrida (2001, p. 3) comenta não ter nada contra a cidadania e o Estado, considerando-os até uma garantia em contextos onde estão presentes “forças internacionais e corporações capitalistas”. Mas há situações nas quais o Estado-Nação e a cidadania têm limites não sendo capazes de servir de apoio como referenciais. Sugere então o cosmopolitismo, apesar dele não gostar muito do termo, por significar, de acordo com a tradição cristã e Kantiana, uma mundialidade dos cidadãos. O autor é a favor de uma solidariedade mundial que “não seja simplesmente uma solidariedade entre os cidadãos, mas que poderia ser também

uma solidariedade dos seres vivos, não se constituindo justamente, em primeiro lugar, uma política dos cidadãos” (DERRIDA, p. 3).

A esta nova forma de cosmopolitismo, Derrida (2001, p. 3) chama de democracia porvir (*à venir*), “uma democracia que não esteja essencialmente fundada na soberania do Estado-nação e, portanto, na cidadania. Uma política que não seja, em última instância, a de um Estado ou de uma cidadania”.

A hospitalidade incondicional não estaria ligada a cidadania, já que há atualmente milhões de pessoas emigradas, não regularizadas, exiladas, deportadas, e que não são consideradas cidadãos. Deveria haver uma hospitalidade não apenas direcionada aos cidadãos, mas voltada a qualquer pessoa. “Uma solidariedade internacional que não seja simplesmente cosmopolítica ou somente a aliança entre os cidadãos do mundo” (DERRIDA, 2001, p. 4).

Derrida (2003, *apud* SCHRAMM, 2004, p. 779) diz que a hospitalidade incondicional presente na democracia porvir é a de que:

> [...] se exponha, sem limites, à vinda do outro, para além do direito, para além da hospitalidade condicionada pelo direito de asilo, pelo direito à imigração, pela cidadania e mesmo pelo direito à hospitalidade universal de Kant, a qual permanece ainda controlada por um direito político ou cosmopolita. Somente uma hospitalidade incondicional pode dar seu sentido e sua racionalidade prática a qualquer conceito de hospitalidade.

A hospitalidade de Derrida pode ser mais uma sugestão no caminho pela busca da efetividade do direito á saúde. O acolhimento incondicional do imigrante pelo Estado e pelos serviços nacionais de saúde é uma forma de protegê-lo até que tenha seu empoderamento para seguir lutando pelos seus direitos. De forma que a ética de Derrida tem ligação com a BP no sentido do amparo, proteção; e com a proposta crítica de Herrera Flores, por também ser contrária a concepção hegemônica dos direitos humanos, e por buscar na sociedade um sentimento e comportamento de luta, solidariedade e cooperação internacional na concretização dos direitos humanos. A transformação da conduta da sociedade pode ser feita através de lutas dos grupos e de esclarecimentos por meio da educação em direitos humanos.

5 RESULTADOS

5.1 A UNIÃO EUROPEIA

5.1.1 Direitos humanos e saúde pública nos tratados da União Europeia

O Tratado da União Europeia (TUE) e o Tratado do Funcionamento da União Europeia (TFUE) são designados os 2 Tratados no qual a União Europeia foi fundada.

O artigo 2º do TUE diz:

> A União funda-se nos valores do respeito pela dignidade humana, da liberdade, da democracia, da igualdade, do Estado de direito e do respeito pelos direitos do Homem, incluindo os direitos das pessoas pertencentes a minorias. Estes valores são comuns aos Estados Membros, numa sociedade caracterizada pelo pluralismo, a não discriminação, a tolerância, a justiça, a solidariedade e a igualdade entre homens e mulheres. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 17).

O artigo 18º do TFUE, antigo artigo 12º do Tratado da Comunidade Europeia (TCE) já dizia sobre a não discriminação: “No âmbito de aplicação dos Tratados, e sem prejuízo das suas disposições especiais, é proibida toda e qualquer discriminação em razão da nacionalidade” (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 56).

Com a assinatura do Tratado de Lisboa em 2007, a Declaração sobre a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia passa a constar nos Tratados. A Carta confirma os direitos fundamentais garantidos pela Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, e resultantes das tradições constitucionais comuns aos Estados Membros.

A Carta no seu preâmbulo reafirma os direitos que decorrem das obrigações internacionais comuns aos Estados Membros e da jurisprudência do Tribunal de Justiça da UE: “Neste contexto, a Carta será interpretada pelos órgãos jurisdicionais da União e dos Estados Membros”. Já no seu artigo 1º é enunciado que “a dignidade do ser humano é inviolável e que deve ser respeitada e protegida” (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 396).

A dignidade da pessoa humana fundamenta todos os demais direitos humanos internacionais e fundamentais nacionais, não só os restritamente jurídicos, políticos, civis, econômicos, culturais, sociais, individuais e coletivos, mas também direitos morais.

Dias (*on line*, p. 7) considera que os direitos humanos são direitos comuns fundamentais a todo e qualquer indivíduo, e correspondem a demandas morais básicas. “Ou seja, julgamos que um indivíduo só poderá desfrutar de uma vida minimamente realizada ou satisfatória, se seus diretos básicos estão sendo respeitados”. Os direitos básicos são considerados essenciais para uma vida digna e como os direitos morais são atribuídos a todos os seres, humanos ou não, e ao meio ambiente, sugerindo a troca da denominação de direitos humanos para direitos básicos ou fundamentais.

Dos artigos referentes aos direitos civis que merecem destaque, o 21º fala da não discriminação:

> 1. É proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual.
> 2. No âmbito de aplicação dos Tratados e sem prejuízo das suas disposições específicas, é proibida toda a discriminação em razão da nacionalidade. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 400).

Dentre os direitos sociais básicos estão: a saúde, a assistência social e a previdência.

A proteção da saúde está no artigo 35º e ela é bem clara quando diz:

> Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 402).

De acordo com o artigo, o direito é vinculado às legislações e práticas nacionais dos Estados Membros. Assim como a Seguridade social e a assistência social que estão no artigo 34º:

> 1. A União reconhece e respeita o direito de acesso às prestações de seguridade social e aos serviços sociais que concedem proteção em casos como a maternidade, doença, acidentes de trabalho, dependência ou velhice, bem como em caso de perda de emprego, de acordo com o direito da União e com as legislações e práticas nacionais.
> 2. Todas as pessoas que residam e se desloquem legalmente no interior da União têm direito às prestações de seguridade social e às regalias sociais nos termos do direito da União e das legislações e práticas nacionais. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 402).

Já a liberdade de circulação e de permanência encontra-se no artigo 45º como um direito civil e não há vinculação: “Qualquer cidadão da União goza do direito de circular e permanecer livremente no território dos Estados Membros” (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 404).

A Carta ainda diz em seu artigo 51º (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 406) que "não alarga o âmbito de aplicação do direito da União a domínios que não sejam da competência da União, não cria quaisquer novas competências para a União, nem modifica as competências e atribuições definidas nos Tratados".

E principalmente, ela consta no artigo 6º do Tratado de Funcionamento da União Europeia (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 19):

> Parágrafo 1º: A União reconhece os direitos, as liberdades e os princípios enunciados na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, de 7 de dezembro de 2000, com as adaptações que lhe foram introduzidas em 12 de dezembro de 2007, e que tem o mesmo valor jurídico que os Tratados.
> Parágrafo 2º: A União adere à Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais. Essa adesão não altera as competências da União, tal como definidas nos Tratados.
> Parágrafo 3º: Do direito da União fazem parte, enquanto princípios gerais, os direitos fundamentais tal como os garante a Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e tal como resultam das tradições constitucionais comuns aos Estados Membros.

No entanto, o protocolo nº 30, anexado ao Tratado da UE e do Funcionamento da UE, relativo à aplicação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia à Polônia e ao Reino Unido, que desejava clarificar determinados aspectos da aplicação da Carta em relação às leis e à ação administrativa da Polônia e do Reino Unido, bem como no que respeita à possibilidade de ser invocada perante os Tribunais destes países; diz em seu artigo 1º (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 314):

> 1. A Carta não alarga a faculdade do Tribunal de Justiça da União Europeia, ou de qualquer Tribunal da Polônia ou do Reino Unido, de considerar que as leis, os regulamentos ou as disposições, práticas ou ações administrativas destes países são incompatíveis com os direitos, as liberdades e os princípios fundamentais que nela são reafirmados.
> 2. Em especial, e para evitar dúvidas, nada no Título IV da Carta cria direitos susceptíveis de serem invocados perante os Tribunais e que se apliquem à Polônia ou ao Reino Unido, exceto na medida em que estes países tenham previsto tais direitos na respectiva legislação nacional.
> Artigo 2º: As disposições da Carta que façam referência às legislações e práticas nacionais só são aplicáveis à Polônia ou ao Reino Unido na medida em que os direitos ou princípios nelas consignados sejam reconhecidos na legislação ou nas práticas desses países.

Portanto, baseado neste protocolo podemos verificar que apesar da Carta dos Direitos Fundamentais estar presente no Tratado da União Europeia, a sua aplicação fica condicionada às legislações ou as práticas dos países membros. O não cumprimento da Carta não suscita a cobrança dos direitos no TJUE se estes não estiverem previstos nas legislações nacionais.

A saúde pública está no artigo nº 168 do Tratado de Funcionamento da União Europeia, antigo 152º do TCE (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 122):

> 1. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.
> A ação da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas.
> A ação da União será complementar da ação empreendida pelos Estados Membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.
> A ação da União respeita as responsabilidades dos Estados Membros no que se refere à definição das respectivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. As responsabilidades dos Estados Membros incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados.

Logo, além das ações de saúde pública serem complementares, respeita a definição das políticas nacionais dos países membros.

A UE tem 3 grandes objetivos em matéria de saúde pública: promover a saúde em uma Europa em processo de envelhecimento, apoiar sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias, e proteger os cidadãos das ameaças à saúde.

Assenta-se em quatro princípios fundamentais: basear-se em valores comuns no domínio da saúde; considerar a saúde como o mais precioso dos bens; ter em conta a saúde em todas as políticas e reforçar a influência da UE no domínio da saúde a nível mundial.

Com o objetivo de complementar as políticas de saúde nacionais e reforçar a coordenação e cooperação na UE que foi criada uma estratégia em 2007, denominada “Junta pela saúde”, que apoia a estratégia global “Europa 2020”.

Tem como princípio o investimento na saúde como forma de contribuir para um crescimento econômico sustentável, inteligente e inclusivo. Prevê investir de forma inteligente na saúde da população por meio de criação de sistemas de saúde sustentáveis, no aumento da cobertura e de programas de promoção da saúde com o fim de diminuir a desigualdade e exclusão social.

A UE fez uma avaliação da estratégia no período de 2008 a 2011. Embora o acesso às informações para avaliação ter sido considerado muito escasso, o estudo revelou que em determinadas áreas os resultados são melhores quando os países

membros trabalham coordenadamente a nível da UE. A avaliação também mostrou a necessidade de criação de indicadores comuns como forma de aprimorar a avaliação do seguimento das políticas de saúde na UE (PUBLIC HEALTH EVALUATION AND IMPACT ASSESSMENT CONSORTIUM, 2011).

5.1.2 O processo de integração europeu, sua estrutura e repercussões na saúde

O processo de integração compreende 05 níveis principais:

1- Área de livre comércio: ausência de tarifas alfandegárias e cotas entre os países membros.

2- União alfandegária: adoção de sistema de tarifas e cotas iguais nas relações comerciais externas.

3- Mercado comum: sem restrições para a circulação de capital, mercadoria e pessoas.

4- União monetária: unificação de políticas e instituições econômicas.

5- Confederação: nível mais fundo de integração.

Atualmente a União Europeia (UE) se configura na modalidade mais intensa, se situando no quinto nível do processo de integração, e o MERCOSUL está no segundo nível, mas seus países membros estão buscando evoluir para um mercado comum, o qual favorecerá ainda mais o trânsito de pessoas.

O processo de integração da EU é o mais antigo no que diz respeito ao processo de associação. Sua conformação teve início em 1950, pela Comunidade Europeia do Carvão e do Aço, formada por 6 países, França, Alemanha, Bélgica, Holanda, Itália e Luxemburgo, acordando inicialmente questões de infraestrutura energética, facilitação alfandegária e políticas comuns de agricultura e comércio.

Em 1957, por meio do Tratado de Roma, se institui a Comunidade Econômica Europeia (CEE), dando início a criação de um mercado único que permaneceu em constante evolução.

Visando ampliar as políticas comuns para os campos social, ambiental e regional; e disciplinar as economias dos países que foi criado em 1970 o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional e o Sistema Monetário Europeu.

Dinamarca, Irlanda e Reino Unido aderiram a UE em 1973, elevando para 9 o número de países membros. Em sequência: a Grécia (1981), Espanha (1986) e Portugal (1986).

Em 1987 foi criado o Ato Único Europeu, um Tratado visando suprimir as barreiras ao livre fluxo de comércio entre os países. Em 1993 é concluído de vez o Mercado Comum, representado pela livre circulação de capital, serviços, mercadorias e pessoas.

Paulatinamente a entrada de novos países foi se firmando novos Tratados buscando reduzir as disparidades de desenvolvimento econômico, como o Tratado de Maastrich de 1992, o Tratado da União Europeia, que previa a união monetária e a cidadania europeia, cuja posterior regulamentação repercutiu nos sistemas de saúde dos países partes. Com ele surge a designação União Europeia em substituição ao termo CEE.

O Tratado de Amsterdã de 1997 além de renumerar as disposições dos Tratados, separou os Tratados das 3 comunidades: Comunidade Econômica Europeia (CEE), Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA) e Comunidade Europeia da Energia Atômica (EURATOM).

A instituição da moeda única, o Euro, ocorreu em 2002. Em 2004, já com 25 Estados Membros, foi instituída uma Constituição para a Europa, sendo que só entraria em vigor após um referendo dos países participantes, a qual foi rejeitada por eleitores holandeses e franceses em 2005.

Em substituição a Constituição foi criado em 2007 o Tratado de Lisboa que começou a vigorar em 2009. Ele encadeou o Tratado da União Europeia, criado pelo Tratado de Maastricht de 1992; e o Tratado da Comunidade Europeia, criado pelo Tratado de Roma de 1957, renomeando o TCE para Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE). Teve como propósito dotar a UE de processos de trabalho mais eficientes e de instituições mais modernas. A assinatura do Tratado também promoveu a adesão da UE à Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, consagrando a Carta dos Direitos Fundamentais.

Atualmente são 28 países membros[6] com as últimas adesões da Bulgária e Romênia em 2007, e da Croácia em 2013; além de 5 países candidatos a adesão e 2 potenciais candidatos.

---

[6] Os países integrantes da UE são: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos (Holanda), Polônia, Portugal, Reino Unido (referendo popular aprovou saída da UE em 23/06/2016), República Tcheca, Romênia e Suécia. Países

Para efetivar a integração foram instituídos organismos supranacionais com poder de deliberação sobre questões de interesses comuns e de representação dos cidadãos, dos Estados Partes e a da União Europeia. As responsabilidades e poderes dos organismos supranacionais estão contidos nos Tratados, que são gradualmente revisados, e nos quais se baseia toda a ação na UE. Eles são avalizados pelos chefes dos Estados Membros e sancionados pelos Parlamentos Nacionais.

A instância superior no enquadramento institucional da UE é o Conselho Europeu o qual define as prioridades políticas gerais da UE, porém não tem poderes para adotar legislação. Ele é constituído pelos chefes dos Estados Membros e pelo presidente da Comissão Europeia.

Existem 03 instituições envolvidas no processo legislativo: o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia e a Comissão Europeia.

O Parlamento Europeu é constituído pelos eurodeputados eleitos diretamente pelos cidadãos nos países membros da UE.

O Conselho da União Europeia é a instituição na qual os países defendem seus próprios interesses nacionais. É formado pelos ministros dos governos nacionais e a sua presidência é assumida rotativamente pelos Estados Membros.

A Comissão Europeia vela pela defesa dos interesses da UE no seu conjunto e seus membros são designados pelos governos nacionais.

Estas 03 instituições adotam a legislação e garantem a coordenação das políticas em toda a UE. Na prática a Comissão recomenda nova legislação e o Conselho e o Parlamento a adotam. A Comissão e os Estados Partes possuem a responsabilidade de sua efetivação. E também fica a cargo da Comissão a exata transposição da legislação para as ordens jurídicas nacionais.

Dois outros organismos cumprem funções fundamentais: o Tribunal de Contas que fiscaliza o financiamento das atividades da UE, e é formado por representantes recomendados dos Estados Membros após a aquiescência do Parlamento; e o Tribunal de Justiça da União Europeia que garante o cumprimento da legislação europeia, sendo este uma das fontes de pesquisa proposta desta tese.

---

candidatos: Albânia, Macedônia, Montenegro, Sérvia e Turquia. Potenciais candidatos: Bósnia e Herzegovina, e Kosovo (https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_pt).

A UE ainda possui outras instituições e organismos interinstitucionais como o Banco Central Europeu, o Comitê Econômico e Social Europeu, o Comitê das Regiões e etc.

A abertura comercial dos países envolve tanto formulações de políticas de regulamentações referentes a barreiras tarifárias, como também o acesso aos serviços sociais dos países compreendidos. Dessa forma, os direitos sociais de um cidadão ultrapassam os limites de seu país e passa a ser compartilhado pelos países envolvidos.

O início do processo de constituição do mercado único ocasionou a livre circulação de pessoas no interior do território europeu e buscando assegurar a proteção à saúde dos cidadãos dos países membros, ainda na antiga CEE, que a Saúde Pública foi caracterizada como comunitária e complementar às políticas nacionais.

Outro dispositivo criado para garantir a seguridade social como o acesso aos serviços de saúde nos Estados Membros, já que somente as ações de Saúde Pública eram objeto de regulamentação comunitária, foi o Regulamento CEE Nº 1408/71 (UNIÃO EUROPEIA, 1971).

O regulamento garante os direitos sociais e de saúde para a livre movimentação das pessoas. Estabelece os parâmetros de sua aplicação, mas cada país membro que organiza seus sistemas nacionais de saúde, as regras de acesso, cobertura e financiamento.

Para contornar conflitos de direito em saúde que tem se recorrido ao Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE) baseado no Regulamento CEE Nº 1408/71. As decisões do TJUE garantem o direito ao acesso e reembolso de acordo com a legislação do Estado Membro, mesmo os realizados sem autorização prévia, mas admite ao mesmo tempo restrições desde que justificadas por necessidade de equilíbrio financeiro (GIOVANELLA et al., 2007).

Desta forma, as jurisprudências do TJUE podem ter significado a ampliação do acesso aos sistemas de saúde europeus, como também, o reconhecimento de que os mecanismos do mercado único refletem na saúde, independentemente da organização dos serviços nacionais; e a necessidade de pensar na seguridade social dos Estados Partes para a garantia do cumprimento da regulação comunitária (BUSSE et al., 2002). Já que o cidadão do mercado único tem o direito aos serviços de saúde dos sistemas nacionais, mas que pode ao mesmo tempo, comprometer a

organização e o planejamento dos serviços e ações de saúde nacionais; além do que esta lógica do mercado pode estar enfatizando o consumo individual em detrimento da proteção social coletiva a ser garantida pelo Estado (HEALTH; CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, 2005).

O estudo de Busse et al. (2002) demonstrou que a mobilidade dos pacientes representou apenas 0,1% dos gastos públicos em saúde na União Europeia, sendo que o menor fluxo de cidadãos e o maior gasto financeiro foi para as autorizações para tratamento médico. Os mesmos autores também pontuaram que o maior fluxo de usuários do sistema de saúde na UE está nas regiões de fronteira. Embora haja integração dos espaços territoriais, os sistemas de saúde são limitados ao território do país.

Assim como os sistemas de saúde não podem causar obstáculos à integração, e a coesão econômica e social; o mesmo se aplica as regiões de fronteira, nas quais há tensões em decorrência das diferenças relacionadas a língua, a cultura, a moeda, ao sistema político, de segurança e social.

Hermans e Brouwer (2003) evidenciaram que a maioria das ações nas regiões de fronteira envolve Bélgica, Holanda e Alemanha, locais de maiores repercussões das decisões do TJUE. E destacaram como os principais motivos para a busca por serviços de saúde em outro Estado Membro: a deficiência nos recursos locais, o período de espera, a qualidade da assistência, a proximidade, e a moradia de parentes e amigos. E apontaram como obstáculos, as dificuldades com os procedimentos administrativos, com a cultura e o idioma.

Os impactos intencionais ou não intencionais resultantes da integração regional europeia na direção do mercado único repercutem diferentemente nos sistemas de saúde dos Estados Membros em razão das suas características, organização política administrativa, cobertura e financiamento. Quer seja totalmente público ou privado; gratuito ou não; com mais oferta de seguros privados ou sociais; de prestação ambulatorial e hospitalar; ocasionarão diferenças, principalmente nos países nos quais os serviços são predominantemente públicos.

5.1.3 Experiências em zonas de fronteira europeia

Jimenez e Nogueira (2009) observaram as experiências fronteiriças entre Catalúnia e França; e Extremadura e Alentejo, ambas na zona europeia; e a região

conhecida como a Tríplice Fronteira, a linha fronteiriça entre Brasil, Argentina e Paraguai que será descrita no subcapítulo referente ao Brasil.

As experiências da zona europeia foram financiadas com recursos dos fundos europeus visando à coesão econômica e social mediante políticas regionais e estruturais. Foram financiados projetos de cooperação fronteiriça, transnacional e inter-regional na busca do desenvolvimento do espaço comunitário (região do euro).

Segundo Guimarães e Queiroz (2007), a nova conjuntura exigiu que os governos buscassem formas de cooperação e novos ajustes estruturais para racionalizar investimentos e despesas nas redes de atenção e nos serviços de saúde. Os serviços e os governos nacionais pactuaram formas de garantia de acesso, estabeleceram mecanismos de registro de prestação de serviços e regras de compensação. Foram criados instrumentos jurídicos para facilitar os acordos entre os países.

Jimenez e Nogueira (2009) concluíram em seu estudo que a integração europeia favoreceu o desenvolvimento de cooperação na fronteira de países limítrofes com criação de infraestrutura comuns, mas que não partiram somente do apoio financeiro do fundo europeu, mas de iniciativas locais rompendo o isolamento de comunidades fronteiriças, separadas nem mesmo por barreiras geográficas naturais. Observou se que somando as potencialidades regionais se ampliam as capacidades técnicas de capacitação de recursos.

5.1.4 Regulamento 1408/71

O início do processo de constituição do mercado único, na ainda Comunidade Econômica Europeia, desencadeou a livre circulação de pessoas no interior do território europeu e se fez necessário a criação de uma regulamentação específica para garantir o direito à seguridade social, como o acesso aos serviços de saúde nos Estados Membros, já que somente as ações de Saúde Pública eram objeto de regulamentação comunitária.

De forma que foi instituído o Regulamento CEE nº 1408/71 (UNIÃO EUROPEIA, 1971) do Conselho Europeu, de 14 de junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de seguridade social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros de sua família que se deslocam no interior da Comunidade; e o Regulamento nº 574/72 (UNIÃO EUROPEIA, 1972) que estabelece as modalidades de sua aplicação.

O Regulamento trata das questões de doença e maternidade; invalidez; velhice e morte; acidentes de trabalho e doenças profissionais; subsídios por morte; desemprego e prestações familiares.

Inicialmente o Regulamento só visava garantir os direitos de seguridade social para os trabalhadores migrantes e seus familiares, mas com a conclusão definitiva da constituição do mercado único europeu se garantiu permanentemente o livre trânsito de pessoas, capital, mercadorias e serviços, com repercussões na saúde em decorrência da necessária adaptação a regra comunitária, como a oferta e distribuição de medicamentos, insumos, equipamentos, serviços privados de saúde, assistência farmacêutica, vigilância sanitária e o acesso ao sistema de saúde pelos cidadãos que se deslocam no interior da UE.

Com isto o Regulamento estendeu os direitos também aos cidadãos em estadia temporária, até evoluir para a autorização de deslocamento a outro Estado Membro para o acesso aos serviços de saúde.

A saúde está presente nas disposições do artigo nº 22 e 36 do Regulamento CEE nº 1408/71, no Título III que dispõe sobre as Disposições Especiais Relativas às Diferentes Categorias de Prestações; no capítulo I, Doença e Maternidade; e seção II, Trabalhadores assalariados ou trabalhadores não assalariados e membros de sua família.

O artigo 22º com a epígrafe “Estada fora do Estado competente — Regresso ou transferência de residência para outro Estado Membro no decurso de uma doença ou maternidade — Necessidade de se deslocar a outro Estado Membro a fim de receber tratamento adequado” dispõe:

> 1. O trabalhador assalariado ou não assalariado que preencha as condições exigidas pela legislação do Estado competente para ter direito às prestações, tendo em conta, quando necessário, o disposto no artigo 18º, e:
> a) Cujo estado exija prestações em espécie que se tornem clinicamente necessárias durante uma estada no território de outro Estado Membro, tendo em conta a natureza das prestações e a duração prevista dessa estada ou
> b) Que, depois de ter adquirido o direito às prestações a cargo da instituição competente, seja autorizado por esta instituição a regressar ao território do Estado Membro em que reside ou a transferir a residência para o território de outro Estado Membro ou
> c) Que seja autorizado pela instituição competente a deslocar-se ao território de outro Estado Membro a fim de nele receber tratamentos adequados ao seu estado, terá direito:
> i) As prestações em espécie concedidas, por conta da instituição competente, pela instituição do lugar de estadia ou de residência, nos termos da legislação aplicada por esta instituição, como se nela estivesse inscrito, sendo, no entanto, o período de concessão das prestações regulado pela legislação do Estado competente;

> 2. A autorização exigida nos termos do nº 1, alínea b, apenas pode ser recusada se considerar que a deslocação do interessado é susceptível de comprometer o seu estado de saúde ou a aplicação do tratamento médico.
> A autorização exigida nos termos do nº 1, alínea c, não pode ser recusada quando os tratamentos em causa figurarem entre as prestações previstas pela legislação do Estado Membro em cujo território reside o interessado e se os mesmos tratamentos não puderem, tendo em conta o seu estado atual de saúde e a evolução provável da doença, ser-lhe dispensados no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa no Estado Membro de residência. (UNIÃO EUROPEIA, 1971, p. 21-22).

O artigo 36º está na seção VII referente ao reembolso entre as instituições e dispõe:

> 1. As prestações em espécie concedidas pela instituição de um Estado membro, por conta da instituição de outro Estado membro, nos termos das disposições do presente Capítulo, são reembolsadas integralmente.
> 2. Os reembolsos referidos no nº 1 são determinados e efetuados segundo as modalidades previstas pelo Regulamento de execução a que se refere o artigo 98º, quer mediante justificação das despesas efetivas quer com base em montantes fixos.
> Neste último caso, esses montantes fixos devem assegurar um reembolso tão próximo quanto possível das despesas reais.
> 3. Dois ou mais Estados Membros ou as autoridades competentes destes Estados podem prever outras modalidades de reembolso ou renunciar a qualquer reembolso entre as instituições que dependam da sua competência. (UNIÃO EUROPEIA, 1972, p. 29).

Para instrumentar os artigos nº 22 e 36 do Regulamento foram criados vários tipos de formulários que proporcionavam acesso à assistência em outro país membro que variavam de acordo com a categoria: trabalhadores (E106), estudantes e trabalhadores com estadia temporária (E128), turistas com o direito somente em situações de emergência (E111), demandantes de emprego (E119) e autorização para tratamento médico (E112).

O E112 permitia o deslocamento apenas para situações específicas, como a ausência da prestação do serviço em seu país de moradia ou a demora no acesso.

Era obrigatório que o cidadão portasse os formulários para utilizar o serviço em outro país. Foram mais de 20 regulamentos desde 1971, alterando e atualizando o Regulamento nº 1408 em razão da criação de novos Tratados e da adesão de novos países membros, mas mantendo as disposições relativas à saúde dos artigos 22º e 36º.

Das alterações e atualizações que merecem destaque em relação à assistência à saúde, teve a aprovação do Regulamento CE nº 883/2004 (UNIÃO EUROPEIA, 2004), de 29 de abril de 2004, cujo objetivo foi simplificar as regras comunitárias relativas à coordenação dos sistemas de seguridade social dos países

membros. Foi este regulamento que criou o Cartão Europeu de Seguro Doença (CESD).

Este regulamento estabeleceu regras destinadas a proteger o direito dos cidadãos quando se deslocam no interior da UE, mas não substituiu os sistemas nacionais por um sistema único europeu.

O CESD facilita o acesso e o reembolso dos serviços de saúde nas situações de deslocamento, não sendo mais necessários os diversos formulários, permanecendo apenas o da autorização para tratamento médico. Desta forma, os formulários E106, E111 e o E128 viraram o Cartão Europeu de Seguro Doença e o E112 tornou-se o formulário S2. De forma que atualmente, o cidadão de um país da UE só pode realizar tratamentos médicos programados em outro país membro, se tiver solicitado uma autorização no seu país de residência.

Embora a Saúde Pública seja considerada comunitária e haja uma convergência para harmonizar ações coletivas, como vigilância sanitária e controle de endemias, o mesmo não acontece com as políticas de atenção a saúde de cunho individual de cada Estado Membro. E apesar dos Tratados de Integração afirmarem o compromisso com a proteção social, a assistência à saúde dos cidadãos permaneceu como responsabilidade de cada Estado Membro. Até mesmo a pretensa Constituição Europeia reafirmou que a Saúde Pública é uma ação da Comunidade Europeia, mas que cada país deveria organizar a sua assistência.

Apesar do grande número de regulamentos criados que alteraram, atualizaram e estabeleceram as modalidades de aplicação do Regulamento nº 1408 de 1971, ele é ainda usado como referencial dos regimes de seguridade social aos cidadãos que se deslocam no interior da Comunidade.

Embora o direito aos serviços de saúde nacionais esteja condicionado a algumas regras, o seu direito é reconhecido como fundamental para a livre circulação das pessoas nos países da UE, não podendo se constituir como um obstáculo ao processo de integração regional. E no mercado comum, os serviços, capital e mercadorias devem circular livremente entre os Estados Partes assim como as pessoas. De forma que a interpretação do direito comunitário, no acesso aos serviços e produtos de saúde no mercado único, está baseada tanto no livre trânsito das pessoas, no livre direito de estabelecimento e na livre prestação de serviços de saúde.

Em razão das diferentes legislações nacionais sobre seguridade social que foi estabelecido o princípio de que o regulamento é aplicado a todos os nacionais dos Estados membros que sejam abrangidos por sistemas de seguridade social. E por respeitar as características específicas das legislações nacionais que o regulamento tem como função elaborar unicamente um sistema de coordenação. Mas que deve garantir a igualdade de tratamento, a aquisição e a manutenção dos direitos no interior da Comunidade para os seus segurados ou das pessoas que dependam deles.

De forma que o regulamento considera a livre circulação das pessoas como um dos fundamentos da Comunidade e que diz respeito tanto a livre circulação dos trabalhadores assalariados, como não assalariados e suas famílias, quanto no âmbito do direito de se estabelecer e da livre prestação de serviços.

5.1.5 Formas de acesso a outro Estado Membro da União Europeia

Existem 03 tipos de situações para tratamento de saúde em outro país da União Europeia: para atendimento em situações inesperadas, para casos programados e para mudança de país de residência.

O Cartão Europeu de Seguro Doença (CESD) é uma cobertura de saúde para tratamentos imprevistos e urgentes em uma estadia temporária, não sendo necessária uma autorização prévia. Ele permite atestar seus direitos de se beneficiar de assistência médica, em casos de doença ou vítima de acidente, de acordo com as leis e os procedimentos em vigor no país de estada.

A sua solicitação deve ser feita ao menos 3 semanas antes de viajar, é gratuita e tem validade de 2 anos. Pode receber um certificado provisório com validade de 3 meses, caso a data da viagem seja anterior ao prazo de entrega do documento. Ele certifica os seus direitos ao seguro de saúde, de modo que você pode usá-lo nas mesmas condições que o CESD.

É endereçada a europeus que desejam se movimentar pela Europa, mas é válida apenas para os países membros da UE e os do Espaço Econômico Europeu (Islândia, Lichestein e Noruega) e Suíça.

Deve ser demandado as Organizações convencionadas dos países membros que sejam habilitadas a sua distribuição. Ele é individual e nominativo, e todos os membros da família podem solicitá-lo, inclusive os menores de 16 anos. Não é necessário um comprovante de viagem para a sua solicitação.

O CESD atesta que a pessoa é beneficiária de uma cobertura social em seu país de origem. Ele permite que seja tratado em um estabelecimento em outro país membro, tanto médico quanto hospitalar, nas mesmas condições que os segurados do local de estada.

Isto significa que poderá não ter que pagar pela assistência; ou não precisar pagar em antecipado; ou ter que pagar e pedir o reembolso posteriormente. Assegura o valor parcial ou total dos gastos em saúde, dependendo do nível de reembolso em curso dentro do país, desde que acompanhado das faturas originais, justificativas e prescrições médicas relacionadas ao tratamento recebido.

Nas condições nas quais se pagou as despesas médicas no estrangeiro pela falta do porte do CESD, ou pelo não pedido de reembolso ao país de estada, ou pelo atendimento ter sido em um médico privado, poderá, eventualmente, ser pedido o reembolso no seu país de origem, pelos cuidados recebidos no estrangeiro, acompanhado das devidas justificativas e faturas.

O reembolso será com base na tabela em vigor do país de estada e dentro do limite das despesas pagas, ou será reembolsado de acordo com seu país de origem.

Pela razão dos custos em saúde em alguns países poderem ser bem altos, dos pagamentos dos serviços terem de ser antecipado e o reembolso tanto do país de estada quanto de origem não ser total, que o usuário pode fazer um contrato de assistência ou de seguro privado, ou seja, um seguro de saúde complementar, que garantirá o reembolso total do valor das despesas e o repatriamento, caso seja necessário, nos casos de doença no exterior.

O CESD não é válido em caso de viagem a outro país membro que seja, especificamente, para tratamento de saúde. No entanto, os princípios da livre circulação de pessoas e de cooperação na área da saúde entre a União Europeia/Espaço Econômico Europeu (EEE) e a Suíça garantem a mobilidade de quem busca atendimento em outro país.

De forma que a Coordenação Europeia de Sistemas de Seguridade Social permite, sobre certas condições, a assistência em saúde em outro país membro. No entanto, os cuidados e os tratamentos programados devem fazer parte das prestações que tem direito em seu país de origem, ou seja, devem constar na planificação dos sistemas de seguridade social nacional, e estar de acordo com seus critérios e condições. Caso contrário não será permitido o acesso a estes cuidados.

É necessária a solicitação de uma autorização prévia que será avaliada pela organização convencionada no país membro do segurado, a qual emitirá um formulário específico, o formulário europeu S2, direito aos cuidados programados. O médico responsável pelo estado de saúde do paciente deverá redigir um certificado médico detalhado precisando: a patologia, os cuidados necessários e as razões médicas para a realização no estrangeiro, qual o país de estada, o estabelecimento onde será atendido, e a data de início e fim do período do tratamento.

O usuário solicitará o pedido de assistência à saúde fora do seu país de origem, acompanhado do certificado médico, ao médico conselheiro do serviço médico da seguridade social do seu país de origem, antes de realizar a viagem.
Sendo aprovado, o formulário S2 mencionará os cuidados de saúde reembolsados, o país e o estabelecimento onde a assistência será praticada, assim como a sua duração. O paciente deverá apresentar este formulário ao prestador dos cuidados no país de estada. No entanto, o S2 não dispensa o pagamento em antecipado dos custos, se no país de destino os usuários devam pagar com antecedência para depois serem reembolsados. Pode ser pedido o reembolso ao país de estada, com a mesma taxa dos residentes locais, ou pode pedir ao país de origem e com os seus valores.

No caso de um cidadão da UE decidir residir em outro Estado Membro, ele deverá pedir à seguridade social do Estado de origem onde está segurado, o formulário S1, para apresentar à seguridade social do país onde passou a viver, de modo a ter direito a receber as prestações de saúde exatamente iguais a dos cidadãos desse país. Caso o cidadão não seja segurado no seu país de origem, deverá se inscrever na seguridade social do novo país de residência para ter direito aos cuidados de saúde como os nacionais.

Pelo fato das condições e modalidades de pagamento dos custos das prestações de saúde variarem de acordo com a natureza dos cuidados e/ou o país em que são realizados, e a sua autorização estar condicionada a algumas condições, que suscitaram pedidos ao Tribunal de Justiça da União Europeia.

As condições estipuladas referentes aos artigos 22º e 36º do Regulamento nº 1408/71 são: o direito aos cuidados deve estar previsto na legislação do país de origem; um tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia não pode ser obtido no país de origem dentro de um tempo aceitável sobre o plano médico; e o tratamento proposto é apropriado ao estado do paciente.

Os direitos comunitários na UE relativos à assistência à saúde estão sintetizados no quadro 2.

Quadro 2- Síntese dos direitos comunitários à assistência à saúde

Artigo 22 º do Regulamento 1408/71	Permite ao beneficiário de uma seguridade social nacional receber prestações de saúde durante uma estada temporária ou por optar em residir em outro Estado Membro ou do EEE.
	Autoriza o deslocamento do beneficiário de uma seguridade social nacional para receber prestações de saúde em outro Estado Membro ou do EEE. Esta autorização não pode ser recusada, se as prestações de saúde estiverem previstas na legislação do país de origem, e um tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia não puder ser obtido nos serviços de saúde nacionais do Estado Membro de residência, dentro de um tempo aceitável sobre o plano médico.
Artigo 36º do Regulamento 1408/71	Permite o reembolso integral das prestações de saúde entre as instituições dos Estados Membros.
Artigo nº 168 do TFUE, antigo 152º do TCE	A ação da União, que será complementar às políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas, e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental.

Fonte: elaboração própria.

5.1.6 Aspectos procedimentais e processuais dos pedidos ao TJUE

O Tribunal interpreta o direito na UE com o intento de avalizar sua aplicação uniforme nos Estados Membros, e decidir os litígios entre as instituições europeias e os governos nacionais. Além do que organizações, empresas e particulares também podem apelar caso considerem que seus direitos foram transgredidos por alguma instituição europeia.

O TJUE é composto por 1 juiz de cada país e 9 advogados gerais recomendados pelos Estados Membros. É um organismo de defesa dos direitos

comunitários mediante a aplicação dos Tratados, incluindo os que repercutem nas políticas de saúde. Busca a solução de conflitos de direitos como o de um cidadão poder consumir serviços e produtos de saúde em outro Estado Parte.

Os tipos de processos mais submetidos a exame do TJUE são:

1- Pedidos de decisão a título prejudicial: tribunais nacionais conduzem ao Tribunal de Justiça para a interpretação de um elemento do direito da UE;

2- Ações por incumprimento: intentadas contra os governos nacionais pelo não cumprimento do direito da UE;

3- Recursos de anulação: interpostos contra a legislação da UE que transgrida os direitos fundamentais da UE ou os Tratados;

4- Ações por omissão: intentadas contra as instituições da UE por não adotarem as determinações que lhe competem;

5- Ações diretas: intentadas por organizações, empresas ou particulares contra as ações e decisões da UE.

Quanto à tramitação, para cada processo apresentado ao Tribunal é designado 1 juiz e 1 advogado geral; e são tratados em 2 fases, uma escrita e uma oral. Na escrita as partes envolvidas apresentam uma declaração escrita e o juiz denominado formula um resumo e o contexto jurídico do processo. A fase oral é uma audiência pública na qual os advogados das duas partes expõem suas alegações ao advogado geral e aos juízes, que de acordo com a complexidade do caso, pode ser em quantitativo de 3, 5, 13 ou todo o Tribunal. O advogado geral pronuncia seu parecer e os juízes discutem a respeito do processo, e proferem um acórdão.

Não há uma obrigação por parte do Tribunal na adoção do parecer do advogado geral. Os acórdãos são deliberações majoritárias e os advogados gerais só apresentam conclusões quando o processo carece de uma nova questão de direito.

5.1.6.1 Pedidos ao TJUE referentes aos serviços de saúde dos Estados Membros

Os processos são pedidos dirigidos ao TJUE nos termos do artigo 267º do Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE), antigo artigo 234º do Tratado da Comunidade Europeia (TCE), o qual lhe dá competência para decidir, a título prejudicial:

> a) Sobre a interpretação dos Tratados;
> b) Sobre a validade e a interpretação dos atos adotados pelas instituições, órgãos ou organismos da União.

> Sempre que uma questão desta natureza seja suscitada perante qualquer órgão jurisdicional de um dos Estados Membros, esse órgão pode considerar que uma decisão sobre essa questão é necessária ao julgamento da causa e pedir ao Tribunal que sobre ela se pronuncie.
> Sempre que uma questão desta natureza seja suscitada em processo pendente perante um órgão jurisdicional nacional cujas decisões não sejam suscetíveis de recurso judicial previsto no direito interno, esse órgão é obrigado a submeter à questão ao Tribunal. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 164).

Os órgãos jurisdicionais dos Estados Membros submetem ao TJUE pedidos de decisão prejudicial para esclarecer as dúvidas que tenham quanto à correta interpretação do direito da União. Uma questão prejudicial não é um recurso contra um ato nacional ou europeu, e sim uma indagação concernente à aplicação do direito europeu.

Os órgãos jurisdicionais nacionais podem recorrer ao TJUE em qualquer momento do processo que considerarem necessário, se considerar que um processo suscita questões relativas à interpretação ou à apreciação da validade de disposições do direito da União, necessárias para a resolução do litígio que lhes foi submetido.

As questões prejudiciais são avaliadas pelo TJUE e são decididas antes do mérito da ação principal. Um acórdão proferido a título prejudicial pelo TJUE atrela o juiz nacional, quanto à interpretação ou à validade dos atos das instituições da União em causa, para a solução do litígio no processo principal.

A Comissão Europeia também pode se dirigir ao TJUE fundamentada no descumprimento do artigo 258º TFUE, antigo 226º TCE:

> Se a Comissão considerar que um Estado Membro não cumpriu qualquer das obrigações que lhe incumbem por força dos Tratados, formulará um parecer fundamentado sobre o assunto, após ter dado a esse Estado oportunidade de apresentar as suas observações. Se o Estado em causa não proceder em conformidade com este parecer no prazo fixado pela Comissão, esta pode recorrer ao TJUE. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 122).

As questões prejudiciais fazem relação com as disposições do artigo nº 22 e 36 do Regulamento CEE n. º 1408/71 e do regulamento nº 574/72 que estabelece as modalidades de sua aplicação. Apesar de terem tido vários regulamentos alterando e atualizando o Regulamento nº 1408/71 em razão da entrada de novos países e da criação de novos Tratados, foram mantidas as disposições dos artigos 22º e 36º relativas à saúde. Estes artigos tratam das disposições relativas às diferentes categorias de prestações de doença e maternidade, para trabalhadores

assalariados, ou trabalhadores não assalariados e membros de sua família, que recebem cuidados médicos em outro país membro.

No entanto, cada Estado Membro dispõe da possibilidade, no âmbito da competência que lhe é reconhecida pelos artigos 153º TFUE e 168º do TFUE, de organizar o seu sistema de seguridade social e de saúde pública, de aprovar medidas relativas ao âmbito e condições, nomeadamente de prazos, e da oferta de cuidados de saúde no seu próprio território.

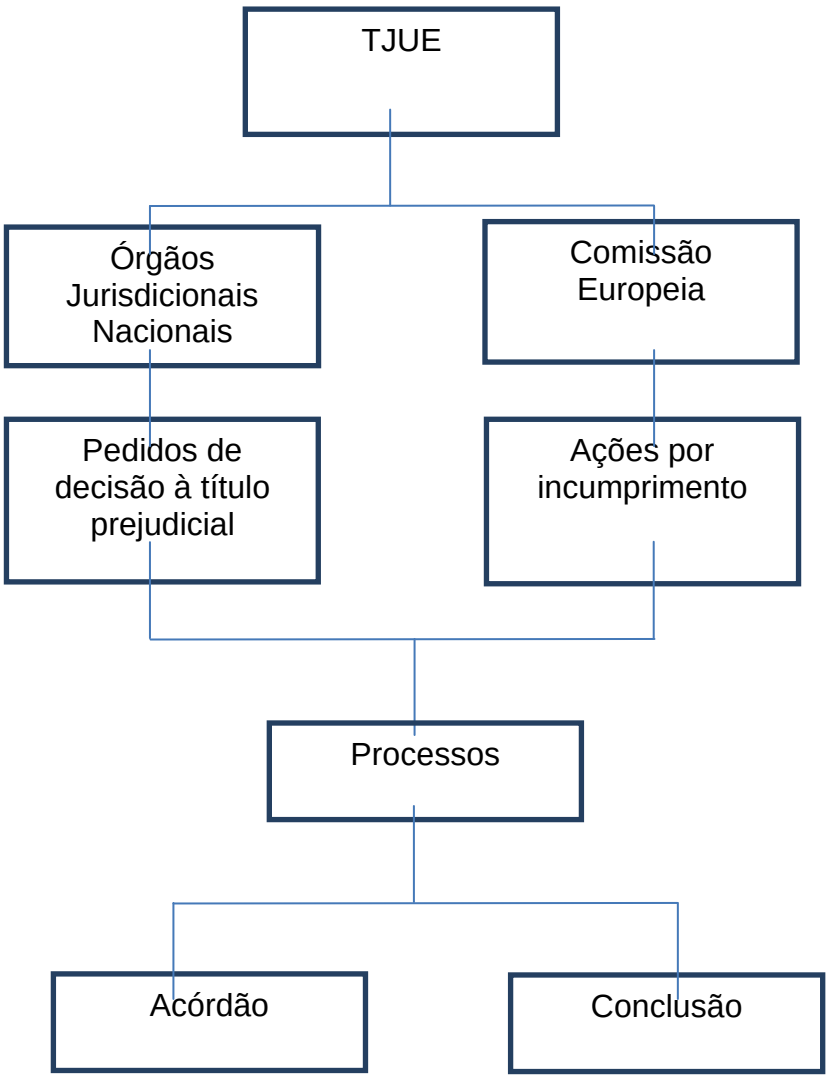
Os pedidos de decisão prejudicial também dizem respeito à interpretação dos artigos 56º TFUE (antigo 49º TCE) e o 57º TFUE (antigo 50º TCE):

> No âmbito das disposições seguintes, as restrições à livre prestação de serviços na União serão proibidas em relação aos nacionais dos Estados Membros estabelecidos num Estado Membro que não seja o do destinatário da prestação.
> O Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário, podem determinar que as disposições do presente capítulo são extensivas aos prestadores de serviços nacionais de um Estado terceiro e estabelecidos na União.
> Para efeitos do disposto nos Tratados, consideram-se «serviços» as prestações realizadas normalmente mediante remuneração, na medida em que não sejam reguladas pelas disposições relativas à livre circulação de mercadorias, de capitais e de pessoas.
> Os serviços compreendem designadamente:
> a) Atividades de natureza industrial;
> b) Atividades de natureza comercial;
> c) Atividades artesanais;
> d) Atividades das profissões liberais.
> Sem prejuízo do disposto no capítulo relativo ao direito de estabelecimento, o prestador de serviços pode, para a execução da prestação, exercer, a título temporário, a sua atividade no Estado Membro onde a prestação é realizada, nas mesmas condições que esse Estado Membro impõe aos seus próprios nacionais. (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 70).

De forma que os serviços de saúde estão abrangidos pelo âmbito de aplicação das disposições relativas à livre prestação de serviços.

Na figura 1 está representado o fluxo dos pedidos dirigidos ao TJUE.

Figura 1- Organograma do Tribunal de Justiça da União Europeia



Fonte: elaboração própria.

5.1.7 A jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia

Os Tratados da UE que dão o embasamento aos princípios do Estado de direito. Devem ser aprovados de maneira democrática e voluntária por todos os países membros e constituem as regras fundamentais das medidas tomadas pela UE. Além de a instituírem, conduzem seu funcionamento.

Para cumprir os Tratados, a UE adota diferentes tipos de atos legislativos como regulamentos, diretivas, recomendações e pareceres. Estes atos em conjunto com os Tratados compõem a legislação da UE.

A jurisprudência da UE é formada pelas decisões da interpretação desta legislação pelo Tribunal de Justiça da União Europeia. A aplicação dos direitos e deveres não se aplica apenas aos Estados Membros, mas também aos cidadãos e empresas. De forma que as jurisprudências ocupam um importante papel na livre movimentação, livre demanda e na garantia do direito de acesso e reembolso dos serviços de saúde.

A seguir, no quadro 3, encontra se o resultado da busca na jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia. Procurou se caracterizar os atores, os elementos constitutivos, os principais conflitos e princípios relacionados ao acesso à saúde de imigrantes, levados ao TJUE nos últimos 20 (vinte) anos.

O instrumento final ficou estruturado da seguinte forma: (01) características do processo. (02) Identificação dos autores. (03) Causa do litígio. (04) Decisão da causa. (05) Princípio aplicado.

As variáveis de interesse e informações coletadas foram:

01 - Características processuais
- Número do processo
- Ano da entrada do processo
- Tipos de decisão: acórdão e/ou conclusão
- País demandado

02 - Identificação dos autores
- Origem dos autores: particulares ou Comissão Europeia
- País de residência dos autores

03 - Causa do litígio
- Questão da recusa do demandado
- Ambiente das prestações de saúde em litígio: ambulatorial ou hospitalar

04 - Decisão da causa
- Declaração da decisão do TJUE: considera o pedido do demandante como procedente ou improcedente

05 - Princípio Aplicado
- Identificação dos principais princípios aplicados

Quadro 3 - Resultado da jurisprudência do TJUE relacionada ao acesso à saúde de imigrantes no período de 1995 a 2015

N° do processo/ano	País demandado	Causa do litígio	Decisão da causa	Princípio aplicado
120/95	Luxemburgo	Recusa do reembolso dos custos da compra de óculos com lentes de correção adquirido na Bélgica com a prescrição de um oftalmologista estabelecido em Luxemburgo devido a falta da autorização prévia da seguridade social luxemburguesa. Ambiente ambulatorial.	O Tribunal de Justiça declara: Os artigos 30° e 36° do Tratado opõem-se a uma legislação nacional por força da qual um organismo de segurança social de um Estado Membro recusa a um beneficiário o reembolso de um montante fixo para óculos com lentes de correção comprados em uma ótica estabelecida em outro Estado Membro, com fundamento no fato de que a compra de qualquer produto médico no estrangeiro deva ser previamente autorizada. Pedido procedente.	- Livre circulação de mercadorias - Igualdade
158/96	Luxemburgo	Recusa do reembolso dos custos do tratamento ortodôntico realizado na Alemanha em razão do pedido da autorização prévia ter sido negado após parecer desfavorável da seguridade social luxemburguesa. Ambiente ambulatorial.	Os artigos 49° e 50° do Tratado se opõem a uma legislação nacional que faz depender de autorização do organismo de seguridade social do beneficiário o reembolso, segundo a tabela do Estado de filiação, de despesas com tratamentos dentários efetuados por um ortodontista estabelecido em outro Estado Membro. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
368/98	Bélgica	Recusa do reembolso dos custos totais das despesas de hospitalização na França em razão dos valores das prestações serem mais altos que os correspondentes na seguridade nacional belga. Ambiente hospitalar.	O artigo 49° do Tratado deve ser interpretado no sentido de que, se o reembolso das despesas com os serviços hospitalares prestados no Estado Membro de estada, que resulta da aplicação das regras em vigor nesse Estado, for inferior ao que resulta da aplicação da legislação em vigor no Estado Membro de inscrição, em caso de hospitalização neste último Estado, a instituição competente deve conceder ao beneficiário da seguridade social um reembolso complementar correspondente a essa diferença. Pedido procedente	- Livre prestação de serviços - Igualdade
157a/99	Holanda	Recusa do reembolso de despesas de hospitalização na Alemanha baseada na falta de autorização prévia e pelo fato de existir na Holanda um tratamento satisfatório e adequado da doença de Parkinson, além do tratamento realizado não ser o habitual. Ambiente hospitalar.	Os artigos 49° do TCE (atual 56° TFUE) e 50° TCE (atual 57° (TFUE) se opõem à legislação de um Estado Membro, que subordina o reembolso dos serviços de saúde não hospitalares dispensados em um estabelecimento hospitalar, situado em outro Estado Membro, à obtenção de uma autorização prévia da seguridade social em que o segurado se apresenta inscrito, mas inversamente não se opõem quando os cuidados de saúde são hospitalares. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para cuidados não hospitalares -Violação a igualdade e a não discriminação

157b/ 99	Holan da	Recusa do reembolso das despesas de hospitalização pela falta de autorização prévia após parecer do médico assessor, com fundamento de que na Holanda existem prestadores de serviços e/ou estabelecimentos celebrados em convênio capazes de aplicar os cuidados adequados. Ambiente hospitalar.	Os artigos 49° do TCE (atual 56° TFUE) e 50° TCE (atual 57° (TFUE) se opõem à legislação de um Estado Membro, que subordina o reembolso dos serviços de saúde não hospitalares dispensados em um estabelecimento hospitalar, situado em outro Estado Membro, à obtenção de uma autorização prévia da seguridade social em que o segurado se apresenta inscrito, mas inversamente não se opõem quando os cuidados de saúde são hospitalares. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para cuidados não hospitalares - Violação a igualdade e a não discriminação
385a/99	Holan da	Recusa do reembolso de um tratamento dentário realizado na Alemanha, com base no parecer do dentista assessor, com o fundamento de que os beneficiários só podem exigir os próprios serviços e não o reembolso das despesas, salvo em uma situação excepcional, que não se verificou no caso vertente. Apenas uma parte dos serviços está coberta pela seguridade holandesa e suscetível de reembolso. Não houve autorização prévia. Ambiente ambulatorial.	Os artigos 49° do TCE (atual 56° TFUE) e 50° TCE (atual 57° (TFUE) se opõem à legislação de um Estado Membro, que subordina o reembolso dos serviços de saúde não hospitalares dispensados em um estabelecimento hospitalar situado em outro Estado Membro à obtenção de uma autorização prévia da seguridade social em que o segurado se apresenta inscrito. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
385b/ 99	Holan da	Recusa do reembolso de um tratamento ortopédico realizado na Bélgica com o fundamento de que não havia urgência nem necessidade médica que justificasse, já que na Holanda há tratamentos adequados em prazo razoável. E não houve autorização prévia. Ambiente ambulatorial.	Os artigos 49° do TCE (atual 56° TFUE) e 50° TCE (atual 57° (TFUE) se opõem à legislação de um Estado Membro, que subordina o reembolso dos serviços de saúde não hospitalares dispensados em um estabelecimento hospitalar situado em outro Estado-Membro à obtenção de uma autorização prévia da seguridade social em que o segurado se apresenta inscrito. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
326/00	Grécia	Recusa da seguridade social grega em assumir as despesas derivadas de uma hospitalização de urgência durante uma estada na Alemanha em razão da não solicitação de uma autorização posterior. Ambiente hospitalar.	O artigo 31° do Regulamento n° 1408/71 opõe-se a um Estado Membro que condicione o benefício das prestações em espécie garantidas por esta disposição a qualquer processo de autorização. Obrigação do Estado Membro de reembolsar diretamente ao beneficiário o custo dos serviços, nos casos de hospitalares em razão de urgência, de forma a garantir um nível de assunção de despesas equivalente aquele de que beneficiaria se as disposições do referido artigo tivessem sido respeitadas. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços para cuidados hospitalares em caso de urgência e emergência em estada temporária - Igualdade

56/01	França	Recusa da seguridade social francesa em conceder uma autorização prévia para assumir o custo do tratamento hospitalar a que a demandante pretendia submeter-se na Alemanha após parecer desfavorável do médico consultor nacional. Ambiente hospitalar.	Os artigos 49° TCE (atual 56° TFUE) e 50° TCE (atual 57° (TFUE) não se opõem à legislação de um Estado Membro que subordina o custo de serviços de saúde dispensados em estabelecimentos hospitalares situados em outro Estado Membro à obtenção de uma autorização prévia da seguridade social na qual o beneficiário se apresenta inscrito. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para cuidado não hospitalares - Violação a igualdade e a não discriminação
08/02	Alemanha	Recusa da seguridade social alemã em assumir as despesas relativas a alimentação, alojamento, deslocamento e tratamento termal efetuados na Itália. Ambiente ambulatorial.	Os artigos 49° TCE e 50° TCE devem ser interpretados no sentido de que se opõem a uma regulamentação de um Estado Membro que faz depender, para o reembolso de despesas referentes a alojamento, alimentação, viagem e diária, a elaboração de um relatório médico final, realizado em razão de um tratamento termal efetuado em outro Estado Membro, da obtenção do reconhecimento prévio do caráter reembolsável, que só é concedido desde que seja provado, através de parecer de um médico assessor, que o tratamento previsto é imperiosamente necessário, por serem substancialmente maiores as probabilidades de êxito em outro Estado Membro. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
145/03	Espanha	Recusa da seguridade social espanhola de reembolsar as despesas com serviços hospitalares na Suíça, depois do beneficiário ter sido hospitalizado na Alemanha. Ambiente hospitalar.	O artigo 22°, n° 1, alíneas a), c), e i), do Regulamento n° 1408/71 deve ser interpretado no sentido de que os serviços dispensados neste último Estado devem ser assumidos pela instituição do Estado Membro de estada, de acordo com a legislação por ela aplicada, em condições idênticas àquelas de que beneficiam os beneficiários abrangidos por essa legislação. Quanto aos serviços que figuram entre as prestações previstas pela legislação do Estado Membro competente, cabe a instituição, deste último Estado, suportar o custo dessas prestações, reembolsando a instituição do Estado Membro de estada nas condições previstas no artigo 36° do Regulamento n° 1408/71. Pedido procedente.	Igualdade
372/04	Inglaterra	Recusa da seguridade social inglesa em reembolsar os custos de um tratamento hospitalar recebido em França. Ambiente hospitalar.	O sistema de autorização prévia desencoraja, ou mesmo, impede os pacientes em causa de se dirigirem aos prestadores de serviços médicos estabelecidos em outros Estados Membros e constitui, tanto para estes pacientes como para os prestadores, um obstáculo à livre prestação de serviços. Mas a autorização prévia deve ser exigida para os casos de serviços hospitalares. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para cuidados não hospitalares - Violação a igualdade e a não discriminação

466/04	Espanha	Recusa da seguridade social espanhola do reembolso das despesas de deslocação, estada e alimentação referente a um tratamento hospitalar na França, e as despesas efetuadas por um membro da família que acompanhou o beneficiário. Ambiente hospitalar.	Os artigos 22° e 36° do Regulamento (CEE) n° 1408/71 devem ser interpretados no sentido de que não conferem ao beneficiário, autorizado pela instituição competente a deslocar-se a outro Estado Membro para receber o tratamento hospitalar, o direito ao reembolso, pela referida instituição, das despesas de deslocação, de estada e de alimentação efetuadas no território desse Estado Membro pelo próprio e pela pessoa que o tenha acompanhado, à exceção das despesas de estada e de alimentação do beneficiário no estabelecimento hospitalar. Não houve violação ao princípio da cooperação pelo Estado. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para despesas de estada e alimentação do beneficiário no ambiente hospitalar. - Violação a igualdade e a não discriminação
444/05	Grécia	Recusa da seguridade social grega do reembolso das despesas de hospitalização em um estabelecimento de saúde privado do Reino Unido. Ambiente hospitalar.	Uma disposição nacional que exclua o reembolso pelas entidades de seguridade social das despesas de tratamento de seus beneficiários em estabelecimentos hospitalares privados no estrangeiro, com exceção de crianças com menos de 14 anos, constitui uma restrição injustificada e desproporcionada a livre prestação de serviços do artigo 49° CE. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
211/08	Espanha	Recusa da seguridade social espanhola do reembolso complementar das despesas hospitalares realizadas na França. Ambiente hospitalar.	A recusa pela seguridade social espanhola do reembolso complementar das despesas hospitalares em outro Estado membro quando o nível de cobertura aplicável no qual o referido tratamento dispensado foi inferior ao previsto na legislação espanhola, representou a falta de cumprimento das obrigações que lhe incubem por força do artigo 49º TCE. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
512/08	França	Recusa da seguridade social francesa do reembolso complementar das despesas com exames de alta complexidade tecnológica realizados em ambiente hospitalar em outro Estado membro. Ambiente hospitalar.	A situação da seguridade social francesa que sujeita a autorização prévia para o reembolso de exames de alta complexidade tecnológica realizados em ambiente hospitalar em outro Estado Membro não representou a falta de cumprimento das obrigações que lhe incubem por força do artigo 49º TCE. Pedido improcedente.	- Livre prestação de serviços apenas para exames que não sejam de alta complexidade tecnológica em ambiente hospitalar. - Violação a igualdade e não discriminação
173/09	Bulgária	Recusa da seguridade social búlgara em conceder autorização prévia e o reembolso de cuidados hospitalares na Alemanha porque o tratamento não figura dentro das listas de prestações médicas. Ambiente hospitalar.	Os artigos 49º TCE e 22º do Regulamento 1408/71 opõem-se a uma legislação de um Estado Membro, interpretada no sentido de que exclui, em todos os casos, a assunção dos cuidados hospitalares dispensados sem autorização prévia em outro Estado Membro, quando os métodos de tratamento não figurarem nas suas listas de prestações médicas. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade

255/09	Portu gal	Recusa da seguridade social portuguesa de conceder autorização prévia e o reembolso das despesas médicas não hospitalares efetuadas em outro Estado Membro. Ambiente ambulatorial.	O TJUE declarou que, ao não prever, exceto nas circunstâncias previstas pelo Regulamento nº 1408/71, a possibilidade de reembolso das despesas com serviços médicos não hospitalares, efetuadas em outro Estado Membro, que não implicam o recurso a exames de alta complexidade, taxativamente enumerados na legislação nacional, ao subordinar o seu reembolso à concessão de uma autorização prévia, a República Portuguesa não cumpriu as obrigações que lhe incumbem por força do artigo 49º TCE. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
490/09	Luxem burgo	Recusa da seguridade social luxemburguesa do reembolso das despesas de análises de biologia médica efetuadas em outro Estado Membro. Ambiente ambulatorial.	Não tendo previsto, no quadro da sua regulamentação em matéria de seguridade social, a possibilidade de assunção das despesas relativas as análises e aos exames de laboratório efetuados em outro Estado Membro, por meio de um reembolso das despesas adiantadas para essas análises e exames, mas tendo previsto unicamente um sistema de assunção direta destas despesas, o Grão-Ducado do Luxemburgo não cumpriu as obrigações que lhe incumbem por força do artigo 49º TCE. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade
430/12	Romê nia	Recusa da seguridade social romena do reembolso de despesas hospitalares realizadas na Áustria. Ambiente hospitalar.	Foi encontrado apenas o pedido de decisão prejudicial. Não há menção a acórdão e conclusão.	
255/13	Irlanda	Recusa da seguridade social irlandesa em conceder uma renovação suplementar do formulário E 112 (atual S2) e o reembolso das despesas inerentes ao tratamento médico prestado na Alemanha. Ambiente ambulatorial.	Quando um cidadão da União, que reside em um primeiro Estado Membro, ficou grave e inesperadamente doente enquanto passava férias em um segundo Estado Membro, e foi forçado a permanecer durante onze anos nesse Estado em razão dessa doença e da disponibilidade de serviços médicos especializados na proximidade do local onde vive, deve considerar-se que esse cidadão se encontra em situação de «estada» nesse último Estado Membro, quando o centro habitual dos seus interesses se situa no primeiro Estado Membro. A mera circunstância de esse cidadão ter permanecido no segundo Estado Membro durante um longo período de tempo não é suficiente, por si só, para considerar que reside nesse Estado e o reembolso pelo Estado competente não deve ser recusado. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade

268/13	Romênia	Recusa da seguridade social romena de conceder a autorização prévia e o reembolso de despesas hospitalares realizadas na Alemanha. Ambiente hospitalar.	A autorização prévia exigida não pode ser recusada quando os tratamentos hospitalares em causa não puderem ser dispensados em tempo oportuno, no Estado Membro de residência do beneficiário da seguridade social, por falta de medicamentos e de material médico de primeira necessidade. Esta impossibilidade deve ser apreciada em relação a totalidade dos estabelecimentos hospitalares deste Estado Membro aptos a dispensar os tratamentos em causa e tendo em conta o lapso de tempo durante o qual estes podem ser obtidos a tempo. Pedido procedente.	- Livre prestação de serviços - Igualdade

Fonte: elaboração própria com dados do *site* da jurisprudência do Tribunal de Justiça Europeia.

Foram analisados 20 processos sendo que dois continham apensos com outros dois processos, totalizando 22 casos. Embora o recorte temporal de busca tenha sido de 20 anos, os processos se distribuíram entre 1995 e 2013. Não foram encontradas publicações em 2014 e 2015, suspeita-se que possa ser em função da jurisprudência dos anos anteriores.

O país com maior número de casos é a Holanda com 4; seguidos da Espanha e Luxemburgo, cada um com 3; depois França, Grécia e Romênia com 2; e Alemanha, Bélgica, Bulgária, Inglaterra, Irlanda e Portugal, cada um com 1. Os demandantes de 18 casos eram de particulares enquanto 4 foram da Comissão Europeia. A Comissão propõe uma ação na qualidade de demandante quando recebe denúncias de cidadãos contra algum dos Estados Membros.

Dos 22 casos, 20 continham acórdãos e conclusões; 1, só com acordão; e 1, com apenas o pedido de decisão prejudicial. Todos os casos foram de ações de saúde realizadas em países diferentes da residência do demandante, incluindo a compra de óculos com lentes de correção e tratamento ortodôntico. Os países demandados nos litígios foram os mesmos países de residência dos demandantes. A maioria das causas dos litígios foi à recusa do sistema de seguridade social do demandante em reembolsar as despesas, sejam hospitalares ou não. Em seguida a não autorização para realizar o tratamento em outro país membro e por último o custeio parcial do tratamento realizado.

O TJUE se preocupou em analisar se os efeitos restritivos das regulamentações nacionais, dos Tratados da UE e do regulamento 1408/71 podiam ser justificados, ou se as medidas em litígio eram discriminatórias ou indistintamente aplicáveis devido à diversidade de justificações.

Dos 22 casos, 8 foram em ambiente ambulatorial e 14 em ambiente hospitalar. Em 15 casos, o TJUE declarou que o pedido do demandante foi procedente, interpretando que as legislações das seguridades sociais nacionais e/ou da UE foram restritivas, mas em 6 casos, considerou que as medidas limitativas foram justificadas.

Todos os 8 casos ocorridos em ambiente ambulatorial foram considerados procedentes; e dos 14 em ambiente hospitalar, 7 foram procedentes contra 6, improcedentes. Percebe-se que os conflitos ocorreram mais no ambiente hospitalar, com quase o dobro do número de casos do ambulatorial; e a divisão na decisão do TJUE, a respeito da interpretação do direito às prestações de saúde, quando em ambiente hospitalar.

Segundo jurisprudência do TJUE, as medidas nacionais relativas às liberdades fundamentais garantidas pelos Tratados para serem compatíveis com o direito comunitário devem completar quatro condições: aplicar-se de modo não discriminatório, justificar-se por razões imperiosas de interesse geral, adequar-se a concretização do objetivo que persiste e não ir além do que é necessário para alcançar o objetivo.

Isto resulta que medidas indistintamente aplicáveis podem não ser compatíveis com o direito comunitário se forem limitativas e não justificadas por razões de interesse geral ou reivindicações imperiosas, ou econômicas, visando a salvaguarda do equilíbrio financeiro dos sistemas nacionais de seguridade social.

A sequência dos processos no TJUE contribuiu para elucidar os vários artigos dos Tratados da União Europeia e do Regulamento 1408/71 que possuem relação com o acesso aos serviços de saúde. E será descrito abaixo a interpretação destas legislações pelo TJUE baseada nos litígios.

O processo mais antigo que se teve acesso de sua íntegra por meio digital foi o de número 125 do ano de 1995. Foi achado a citação de 3 processos anteriores a este, nos anos de 1982, 1990 e 1995, mas não estão disponíveis para leitura.

Na época, o processo nº 125 foi submetido ainda nos termos do artigo 177º do Tratado da Comunidade Europeia (TCE). Posteriormente, ele foi atualizado passando a ser o artigo nº 234 do TCE, e atualmente como o artigo 267º do Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE).

Este processo é o único que diz respeito às normas comunitárias de livre circulação de mercadorias, enquanto os outros correspondem a livre prestação de

serviços e circulação das pessoas. A questão prejudicial deste processo é sobre a interpretação do artigo 30° TCE (atual 36° do TFUE), presente na parte III (As políticas da comunidade), título I (A livre circulação de mercadorias), capítulo 2, que diz respeito à proibição das restrições quantitativas entre os Estados Membros.

O artigo 36° do TFUE dispõe (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 61):

> As disposições dos artigos 34° e 35° são aplicáveis sem prejuízo das proibições ou restrições à importação, exportação ou trânsito justificadas por razões de moralidade pública, ordem pública e segurança pública; de proteção da saúde e da vida das pessoas e animais ou de preservação das plantas; de proteção do património nacional de valor artístico, histórico ou arqueológico; ou de proteção da propriedade industrial e comercial.
> Todavia, tais proibições ou restrições não devem constituir nem um meio de discriminação arbitrária nem qualquer restrição dissimulada ao comércio entre os Estados Membros.

Logo no primeiro processo percebeu se a preocupação do TJUE em caracterizar os serviços de saúde, já que era objeto de dúvidas tanto do órgão jurisdicional nacional, quanto dos representantes dos países membros, da Comissão e do Conselho que estavam participando da audiência.

Para dirimir este conflito utilizado como alegação para a recusa às prestações de saúde, os produtos médicos foram considerados como mercadorias na acepção do artigo 30º do TCE e segundo o artigo 50º, as atividades médicas se constituíram serviços. E com isto, o TJUE precisou que a livre prestação de serviços inclui a liberdade dos destinatários dos serviços de se deslocarem a outro Estado Membro. E ainda configuram como destinatários de serviços, os que realizam viagens de estudo e negócios; turistas e pacientes.

A categoria paciente é adotada para qualquer pessoa que está com um agravo de saúde e solicita autorização, em seu país de origem, para realizar procedimentos ou tratamentos em outro país membro. A não ser nas condições nas quais esteja em outro país por questões de turismo, estudo ou trabalho, não é permitido, sem autorização, o deslocamento espontâneo das pessoas com fins exclusivos de acessar os serviços de saúde de outro país membro.

Resultou da jurisprudência que os serviços médicos integram o âmbito de aplicação das disposições relativas à livre prestação de serviços na acepção do artigo 49º TCE (atual 56º TFUE) e 50º TCE (atual 57º TFUE), sem distinguir se eles são dispensados em ambiente hospitalar ou não, público ou privado. E o fato das prestações médicas fornecidas serem gratuitas ou mediante remuneração pelos beneficiários ou pelas seguridades sociais nacionais, não os subtrai ao domínio dos

serviços. Com isto o TJUE rompeu os outros argumentos utilizados pelos Estados Membros para a não concessão do direito as prestações de saúde e ainda afirmou que as disposições de direito relativas à livre circulação, enquanto princípios fundamentais da ordem jurídica comunitária, também se aplicam à prestação de serviços de saúde e à comercialização dos produtos médicos.

O TJUE considerou que a recusa ao reembolso das despesas médicas, pela compra de produtos médicos ou prestações médicas em outro Estado Membro, incide negativamente sobre a troca de bens e serviços intracomunitários, podendo dissuadir as pessoas a comprar tais produtos ou receber tratamento fora do seu Estado Membro, implicando na limitação da importação de produtos e restrição à livre circulação dos serviços.

O mercado único incorre em um espaço sem fronteiras internas no qual é assegurado a livre circulação de capitais, serviços, mercadorias e pessoas, se constituindo em um dos aspectos determinantes e essenciais ao processo de integração regional.

O TJUE comentou que as questões colocadas pelos órgãos jurisdicionais nacionais evidenciam que o cidadão comunitário deva se beneficiar dos serviços médicos, apenas no território do seu Estado Membro no qual é segurado, a não ser que renuncie do reembolso das despesas.

O fato de o reembolso ser condicionado à autorização prévia, com condições restritivas pelo organismo de seguridade social do beneficiário, pode desencorajar a livre circulação das pessoas, pelo menos dos mais desfavorecidos economicamente, podendo se constituir tanto para os prestadores, quanto para os pacientes, um obstáculo à livre prestação de serviços.

A necessidade de uma autorização prévia para tratamento em outro Estado Membro e para o reembolso das despesas vinculada a esta autorização implica, mesmo que indiretamente, em uma diferença de tratamento entre os beneficiários que buscam cuidados médicos fora do Estado nacional.

As condições de concessão de autorização para receber assistência médica em outro Estado Membro não podem ser diferentes das que são impostas aos pacientes nos seus Estados, pelo que a exigência de uma autorização poderia constituir um obstáculo específico à livre prestação de serviços.

Para o TJUE, a livre prestação de serviços compreende: a liberdade de seus destinatários se deslocarem a outro Estado Membro a fim de utilizarem serviços sem

serem afetados por restrições, mesmo no que diz respeito a pagamentos; a liberdade de estabelecimento tanto das unidades de serviços de saúde quanto dos profissionais de saúde; e considerar os beneficiários de cuidados médicos como destinatários de serviços.

Os sistemas de seguridade social dos Estados Membros também alegaram que a liberdade de prestações de serviços não é absoluta e que devem ser consideradas medidas de controle de despesas de saúde. De forma que a necessidade de autorização prévia é o único mecanismo eficaz e menos gravoso de controle das despesas com o fim de manter o equilíbrio financeiro dos sistemas nacionais de seguridade social. Uma ruptura deste equilíbrio pode ocasionar uma diminuição da proteção à saúde, principalmente, para os beneficiários das camadas sociais mais desfavorecidas.

Citaram que o financiamento dos regimes de seguridade social e os custos dos serviços médicos distinguem substancialmente entre os Estados Membros. Uma circulação livre de condições poderia ocasionar desequilíbrios para os Estados, no qual os custos dos serviços sejam inferiores aos que teria que reembolsar para aqueles que utilizassem prestações mais altas em outro Estado Membro.

Afirmaram que a manutenção de um serviço médico e hospitalar, equilibrado e acessível a todos os beneficiários, se constitui em um interesse geral e o risco de uma quebra do equilíbrio financeiro das seguridades nacionais pode se constituir em uma razão imperiosa para justificar restrições à livre prestação de serviços.

Segundo o TJUE, a recusa de uma autorização prévia só pode ser justificada por um risco real e efetivo do equilíbrio financeiro das seguridades sociais nacionais. Objetivos de natureza puramente econômica não podem se constituir como entraves ao princípio da livre prestação de serviços.

O TJUE decidiu que o artigo 49º TCE (atual 56 º TFUE) se opõe a qualquer legislação nacional que torne a prestação de serviços entre os Estados Membros mais difícil do que a prestação de serviços puramente interna a um Estado Membro. Como por exemplo, o reembolso apenas dos produtos e serviços de saúde nacionais. As proibições das legislações nacionais podem não ser adaptadas ao objetivo seguido, uma vez que podem ser tomadas medidas menos restritivas e mais respeitadoras da liberdade da prestação de serviços.

Os governos dos Estados membros também invocaram justificações baseadas na proteção da saúde pública, declarando que a solicitação de

autorização prévia era necessária para garantir a qualidade dos produtos e dos serviços médicos prestados em outro Estado Membro.

No entanto, o TJUE ressaltou que no momento que as profissões médicas foram objeto de reconhecimento mútuo entre os Estados Membros, com medidas destinadas a facilitar o exercício efetivo do direito de estabelecimento, de circulação e da livre prestação de serviços, permitiu já concluir a garantia equivalente da qualidade das prestações em outro Estado Membro, não podendo justificar restrições por razões de proteção da saúde pública. Não se pode sustentar que a saúde dos beneficiários não esteja protegida quando utilizarem serviços de saúde em outro Estado Membro.

Os estabelecimentos de saúde estão igualmente sujeitos nos seus Estados Membros a controles de qualidade, e os profissionais estabelecidos nestes Estados oferecem garantias profissionais equivalentes a dos outros Estados, particularmente após a adoção e aplicação da Diretiva 93/16/CEE do Conselho (UNIÃO EUROPEIA, 1993), de 05 de abril de 1993, destinada a facilitar a livre circulação dos médicos e o reconhecimento mútuo dos seus diplomas, certificados e outros títulos.

O TJUE interpretou que ficam proibidas as restrições à livre prestação de serviços e de toda forma de discriminação que afete os prestadores de serviço, em razão da nacionalidade ou de estar estabelecido em outro Estado Membro onde a prestação deveria ser fornecida. O princípio da igualdade de tratamento do artigo 49º TCE (atual 56º TFUE) repreende as discriminações em razão da nacionalidade e as formas disfarçadas de discriminação, que por aplicação de critérios de diferenciação conduzem ao mesmo resultado.

Os artigos 49º TCE (atual 56º TFUE) e 59º TCE (atual 66º TFUE) permitem aos Estados Membros restringirem a livre prestação dos serviços médicos, na medida em que a manutenção da capacidade de tratamento ou de uma especialidade médica no território nacional seja essencial para a saúde pública ou para a sobrevivência da população. No entanto, esta faculdade não os autoriza a excluir do princípio fundamental da livre circulação, a saúde pública enquanto setor econômico e de livre prestação de serviços. O TJUE sustenta que um entrave à livre prestação de serviços só pode justificar-se em certas condições, por razões imperiosas de interesse geral.

Enfatiza que o direito comunitário não prejudica a competência dos Estados Membros para organizarem os seus sistemas de seguridade social, não regula

diretamente esta matéria e nem interfere na sua área de aplicação. E que na falta de harmonização a nível comunitário, compete à legislação de cada Estado Membro determinar as condições de obrigação de inscrição em um regime de seguridade social e das condições que dão direito às prestações.

No entanto, os Estados Membros no exercício de suas competências devem respeitar o direito comunitário; e as prestações de serviços de saúde não podem estar isentas da observância do princípio fundamental da livre circulação de pessoas, estabelecimento, serviços e mercadorias; e da proibição da discriminação entre nacionais e cidadãos de outros Estados Membros.

A obrigação dos sistemas nacionais de seguridade social em não introduzir ou manter restrições injustificadas ao exercício da liberdade no campo dos cuidados da saúde, e ter que inserir adaptações das disposições comunitárias às suas legislações nacionais, não se traduzem em uma violação à competência soberana dos Estados Membros na matéria. E estas adaptações devem ser examinadas tanto à luz dos Tratados quanto ao Regulamento 1408/71.

O artigo 22º do Regulamento 1408/71 diz respeito às prestações e produtos médicos. O Regulamento não cria um regime comum de seguridade social, mas assegura a coordenação entre distintos regimes nacionais. A falta de uma regulamentação comum sobre a matéria não pode fazer com que as legislações nacionais fujam da compatibilidade com as disposições dos Tratados, da aplicação dos seus artigos, pelo fato de existir somente uma regulamentação comunitária de coordenação. E com isto, quererem que suas regulamentações nacionais sejam compatíveis apenas com o Regulamento.

O artigo 22º prevê uma coordenação e não uma harmonização das legislações dos Estados Membros, permitindo que existam diferenças entre os regimes nacionais de seguridade social que acabam por refletir nos direitos das pessoas.

Como já dito, o artigo 22° do Regulamento não tem como objetivo regulamentar e, portanto, não impede em nenhum caso o reembolso pelos Estados Membros, segundo as tarifas em vigor no Estado competente, das despesas médicas em outro Estado Membro, mesmo sem autorização prévia. Este artigo não implica que o beneficiário deva arcar integralmente com os custos ou que não terá direito a qualquer reembolso, e nem mesmo a exigência de autorizações. Inclusive os Estados Membros são livres de prever a emissão de autorizações igualmente nos

casos nos quais as duas condições previstas no artigo 22º, nº 2, segundo parágrafo, não estão preenchidas, que são:

> A autorização exigida nos termos do nº 1, alínea c, não pode ser recusada quando os tratamentos em causa figurarem entre as prestações previstas pela legislação do Estado Membro em cujo território reside o interessado e se os mesmos tratamentos não puderem, tendo em conta o seu estado atual de saúde e a evolução provável da doença, ser-lhe dispensados no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa no Estado Membro de residência. (UNIÃO EUROPEIA, 1971, p. 22).

O artigo 22° apenas visa garantir o direito a assistência à saúde em outro Estado Membro, sem que os beneficiários tenham desvantagens econômicas, ou possam comprometer os sistemas de seguridades sociais dos outros Estados. Além do que, se o reembolso das prestações realizadas em outro Estado Membro não for integral ou for feito com base na tabela dos valores do Estado no qual o beneficiário está inscrito, não há como afetar o equilíbrio financeiro por um custo que já seria suportado pela seguridade social nacional, caso tivesse realizado no seu país de inscrição.

Como também não é incompatível com o direito da União que os Estados Membros procedam a listas de prestações médicas pelos seus sistemas de seguridade social. E também, não se pode obrigar os Estados a aumentar estas listas, pelo fato de um tratamento estar coberto em outro Estado Membro. Contudo, estas listas devem definir os tipos de tratamento, e mencionar expressamente e precisamente, os métodos de tratamento aplicados, tendo em conta todos os elementos médicos pertinentes e os dados científicos disponíveis.

De forma que o artigo 22º fixa regras mínimas para que os Estados Membros se acomodem, com o fim de permitir a livre circulação dos serviços de saúde. E os Estados acabam por conceder a autorização em casos de impossibilidade técnica e material de prestar a mesma assistência no território nacional. Mas o fato de um beneficiário ter de receber um reembolso das prestações de saúde realizadas em outro Estado Membro com valor menor do que os aplicados no Estado Membro de inscrição é suscetível de desencorajar os beneficiários de se dirigirem a prestadores de serviços médicos estabelecidos no estrangeiro e representa um entrave a livre prestação de serviços.

O TJUE declarou que as regulamentações nacionais que não sejam indistintamente aplicadas às prestações de serviços, independentemente da sua origem, são consideradas discriminatórias. Inclusive os objetivos da política

econômica não podem constituir razões de ordem pública no sentido do artigo 46º TCE (atual Artigo 52.º TFUE), como exceção para proibir a liberdade do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços.

De forma que a exigência de autorização prévia se constitui em uma medida discriminatória que só pode justificar-se, de acordo com o artigo 46º TCE, por razões de ordem pública, segurança pública e saúde pública. Esta exigência prévia não pode legitimar um comportamento discricionário das seguridades nacionais sociais e são suscetíveis de privar as disposições comunitárias relativas à liberdade fundamental da livre prestação de serviços.

No entender do TJUE, o artigo 49º TCE (atual 56º TFUE) exige a eliminação de qualquer discriminação, no sentido de travar ou impedir as atividades de um prestador de serviço estabelecido em outro Estado Membro onde preste legalmente seus serviços. O TJUE cita que o turismo médico social, no qual os pacientes em melhores condições econômicas procuravam tratamento médico no exterior, sempre existiu antes mesmo da UE. Esta é uma razão para as entidades competentes serem menos restritivas nas autorizações para outro Estado Membro, de forma que não se ponha em perigo o equilíbrio financeiro, mas que propicie o princípio da igualdade no acesso aos serviços da melhor qualidade possível.

Mesmo sem a exigência de autorização prévia, as barreiras linguísticas, as distâncias geográficas e as despesas de estada não provocariam deslocações transfronteiriças de tamanho vulto que pudessem provocar um desequilíbrio no sistema de seguridade social e uma ameaça à saúde pública, o que levaria a uma justificativa para um entrave ao princípio fundamental da livre prestação de serviços. Os cuidados são geralmente próximos ao local de residência, em um ambiente familiar e que favoreça relações de confiança com os profissionais de saúde. Com exceção dos casos de urgência, os deslocamentos manifestam-se, sobretudo, nas regiões fronteiriças ou para tratamento de patologias específicas. De acordo com estas circunstâncias, a não exigência de uma autorização prévia não causará um alto impacto financeiro na seguridade social.

Ainda acrescenta que a aplicação dos limites de cobertura e das condições de concessão das prestações em vigor no Estado de inscrição; a falta de informação sobre a natureza dos cuidados disponíveis em outros Estados Membros; e os custos de deslocação, permitem considerar que a dispensa da necessidade de uma autorização prévia, não conduziria um êxodo em massa dos beneficiários para

outros Estados Membros e não poria em perigo o equilíbrio financeiro do sistema nacional de seguridade social.

Porém, com a entrada de novos processos, o TJUE passou a ter outro entendimento quando se trata de serviços hospitalares, em razão da planificação de suas necessidades, fazendo ressurgir o conflito do obstáculo à livre prestação dos serviços e ao direito às prestações de saúde.

O quantitativo de hospitais, sua repartição geográfica, equipamentos e a natureza dos serviços oferecidos fazem parte de uma planificação com o fim de garantir o acesso satisfatório e permanente aos cuidados hospitalares de qualidade. Os serviços hospitalares geram altos custos e devem responder a necessidades crescentes, e como os recursos financeiros são limitados, deve se garantir um controle destas despesas e evitar o desperdício de recursos humanos, técnicos, logísticos e financeiros. De forma que para o TJUE, uma autorização prévia revelou-se ser uma medida necessária e razoável.

Para o Tribunal, a procura de tratamentos hospitalares tem aumentado em razão do progresso da medicina e do prolongamento da vida, e se por um lado tem se uma oferta limitada por imperativos econômicos, por outro as seguridades sociais nacionais têm o direito de criar listas de espera por precisar planificar as prestações e instituir prioridades, segundo os recursos e capacidades disponíveis. Caso os beneficiários pudessem escolher livremente hospitais em outros Estados Membros, os esforços de planificação com vista a garantir uma oferta de cuidados hospitalares racionalizada, estável, equilibrada e acessível, ficariam ao mesmo tempo comprometidos.

Analisaram que caso houvesse um fluxo muito alto para hospitais de outros Estados membros, os hospitais nacionais ficariam parcialmente inutilizados, mas com os mesmos custos de pessoal e equipamentos na utilização máxima de sua capacidade. E assim, as prestações médicas em unidades hospitalares, iriam traduzir-se de qualquer modo em um encargo financeiro suplementar a seguridade social nacional, diferentemente dos serviços não hospitalares.

Concluíram que para a manutenção dos serviços hospitalares, a acessibilidade a todos, a não ruptura do equilíbrio financeiro e o respeito a quem não vai buscar assistência em outro Estado, fica indispensável a solicitação e a obtenção da autorização prévia para serviços hospitalares em outro Estado Membro, como uma das exceções admitidas no Tratado e no Regulamento 1408/71, no tocante a

livre circulação e prestação de serviços, não podendo se justificar para serviços médicos fora dos hospitais.

Mas o procedimento de autorização deve ser fundamentado em critérios não discriminatórios, objetivos e que sejam conhecidos antecipadamente, de modo que não seja exercido arbitrariamente. Deve se garantir um trâmite em um prazo razoável, com imparcialidade e objetividade, salvaguardando a possibilidade de recorrer judicialmente das recusas.

De modo que as exigências decorrentes dos artigos 49º TCE e 22º do Regulamento 1408/71 não impõem aos Estados Membros a assunção de despesas de tratamentos hospitalares dispensados em outros Estados Membros, sem considerar a ordem orçamentária. Pelo contrário, busca um equilíbrio entre o objetivo da livre circulação das pessoas e os imperativos nacionais de planificação das capacidades hospitalares disponíveis, o controle das despesas de saúde e o equilíbrio financeiro dos sistemas de seguridade nacionais.

O TJUE frisou que as razões imperiosas de interesse geral são: manter a infraestrutura e o equilíbrio financeiro dos sistemas de seguridades sociais nacionais; garantir uma assistência ao alcance de todos; e garantir um número suficiente de recursos humanos e físicos que evitem filas de espera e desperdício de recursos econômicos, principalmente no âmbito hospitalar. Ou seja, manter o equilíbrio financeiro; o serviço de saúde, inclusive hospitalar, acessível, equilibrado e igual a todos os beneficiários; e assegurar a capacidade de assistência médica.

Também ficou definido que serão custeadas, apenas, as despesas referentes aos serviços recebidos, que consistem nas prestações médicas e despesas ligadas à estada e alimentação do beneficiário no estabelecimento hospitalar; e não as despesas relativas à hospedagem e deslocamento. Ainda assim, as despesas hospitalares só serão reembolsáveis, se o direito interno do Estado Membro competente o prever no seu território nacional.

A necessidade de autorização prévia (sem ser nas situações de estada temporária familiar, profissional e turística) nos deslocamentos para cuidados hospitalares se estendeu para exames com equipamentos de materiais pesados, ou seja, exames de alta complexidade tecnológica (como por exemplo, ressonância magnética e tomografia), já que a total liberdade de acesso fora do território nacional pode lesar gravemente a organização do sistema sanitário, ou o equilíbrio do sistema de seguridade social do Estado de inscrição do beneficiário.

Os exames com equipamento de material pesado também devem ser objeto de planificação, no que diz respeito ao número e distribuição geográfica, para garantir uma oferta de cuidados avançados de forma equilibrada, racionalizada, estável e acessível, com o fim de evitar desperdícios de recursos financeiros, humanos e técnicos. Contudo, a autorização prévia não pode ser recusada se no Estado Membro estiver previsto o reembolso destes serviços programados, e se estes serviços ou tratamento de eficácia equivalente não estiver disponível em tempo oportuno, ou seja, em um prazo compatível com o estado e a evolução provável da doença (artigo 22º do Regulamento 1408/71).

Nas regiões que apresentam um déficit de oferta de acesso a exames de alta complexidade ou de cuidados hospitalares específicos, os organismos de seguridade social devem autorizar, de maneira sistemática, o deslocamento e o reembolso de certas categorias de serviços programados na União Europeia-Espaço Econômico Europeu. O TJUE defendeu que nos casos de cuidados que necessitem de recurso a exames de alta complexidade tecnológica, fora das infraestruturas hospitalares, a exigência de uma autorização prévia não é justificada.

Outra jurisprudência do TJUE refere-se ao fato de que o artigo 22º do Regulamento 1408/71 não ter por objeto regulamentar um eventual reembolso, de acordo com as tarifas em vigor do Estado Membro de inscrição, impedindo ou impondo o pagamento da diferença de valores das prestações entre 2 Estados Membros. Mas seguindo a aplicação do artigo 49º TCE, o TJUE determinou que a instituição do Estado Membro de inscrição deve conceder um reembolso complementar ao beneficiário da seguridade social, caso as despesas com serviços hospitalares (não estão incluídos os ambulatoriais) em outro Estado Membro, seja inferior ao da aplicação em vigor do Estado de inscrição. Os Estados Membros devem garantir a observância das exigências decorrentes do direito da União que englobam os Tratados e o Regulamento 1408/71.

O Regulamento 1408/71 não contem disposição para efeitos de quantificação de reembolso. Mas como não se destina a harmonizar e sim a coordenar os sistemas de seguridade sociais nacionais, deve se ter a natureza de não permitir qualquer discriminação com base no território. O artigo 3º do Regulamento 1408/71 prevê a igualdade de tratamento entre os cidadãos dos Estados Membros, tanto de obrigações quanto de benefícios, constituindo uma discriminação injustificada uma medida nacional que seja diferente do lugar onde foi realizada a prestação médica.

Deverá ser garantido um tratamento igual para os que recebem a assistência no território nacional quanto em outro Estado.

O TJUE não impõe aos Estados Membros o valor dos reembolsos das despesas em outro Estado Membro, mas estes montantes devem obedecer a critérios objetivos, não discriminatórios e transparentes. Os Estados Membros também devem prever mecanismos de reembolso das despesas em outro Estado Membro, independentemente de seus sistemas nacionais serem gratuitos ou não.

As condições do artigo 22º, nº 2, segundo parágrafo, são as únicas que impedem a recusa de autorização, mas os Estados Membros podem estabelecer condições de concessão mais vantajosas e generosas, estabelecendo critérios de autorização que favoreçam a mobilidade de pacientes.

O artigo 36º do regulamento 1408/71 diz respeito somente ao reembolso direto entre as instituições dos Estados Membros e não aos particulares, e tende a evitar que a circulação dos cidadãos na busca por assistência gere desequilíbrios financeiros e funcionais nos sistemas de seguridade social dos Estados Membros que não seja o do Estado de origem, com consequentes vantagens financeiras para o Estado de filiação.

O TJUE sublinhou que a noção de cuidados necessários durante uma estada provisória em outro Estado Membro não pode ser interpretada apenas a casos de uma doença súbita. A circunstância da necessidade de cuidados e o beneficiário já ser sabedor de uma patologia preexistente, como por exemplo uma doença crônica, não significa que as condições para aplicação das disposições do regulamento nº 1408/71 não estejam reunidas.

A decisão nº 194 da comissão Administrativa das Comunidades Europeias para a Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes (UNIÃO EUROPEIA, 2003), de 17 de dezembro de 2003, relativa a aplicação uniforme do artigo 22º do regulamento 1408/71, determina nos seus números 1 e 2, que as prestações em espécie são concedidas a pessoas em estada temporária em outro Estado Membro, com o objetivo de evitar que um beneficiário seja obrigado a regressar prematuramente ao seu Estado competente para receber os cuidados requeridos pelo seu estado de saúde.

Além dos princípios da igualdade, liberdade e não discriminação, falou se brevemente sobre o princípio da proporcionalidade ao acesso à saúde. A preocupação para a não violação a este princípio, de forma a não exceder o que é

necessário para atingir o fim pretendido, e tal objetivo não poder ser atingido com medidas menos restritivas.

Foi mencionado que a jurisprudência criada no TJUE publicou alguns documentos para que fossem aplicados aos regimes nacionais de seguridade social. Em 28 de julho de 2003, a Comissão publicou um relatório síntese intitulado: Regulatório de síntese sobre a aplicação das regras do mercado interno aos serviços de saúde – aplicação pelos Estados Membros da jurisprudência do TJUE [SEC (2003) 900]. E a Circular, de 19 de maio de 2005, alterada pela DSS/DACI/2008/242, de 21 de julho de 2008, relativa a assunção das despesas com cuidados recebidos em outro Estado Membro. Estes 2 documentos citados não foram encontrados para leitura.

As questões da jurisprudência relativizaram por um lado, o exercício do direito de escolher a assistência em outro Estado Membro, bem como a possibilidade de fornecer a outros cidadãos da UE prestações médicas nas mesmas condições oferecidas aos nacionais inscritos na seguridade social e, por outro lado, da necessidade de proteger os sistemas nacionais, limitando os fluxos de pacientes para outro Estado ou o recebimento provenientes do estrangeiro, que possam tornar impraticável ou muito difícil a programação e a organização dos sistemas de saúde pelos Estados Membros.

Muito embora alguns conflitos tenham sido contornados pelas jurisprudências, tais como: caracterizar a saúde como serviços, não importando se é gratuita ou não, pública ou privada; não estendeu o princípio da liberdade da prestação de serviços e circulação das pessoas, na busca pelos serviços hospitalares e por exames de alta complexidade tecnológica em outros Estados Membros. Permaneceu a exigência de uma autorização prévia restringindo um dos princípios fundamentais dos direitos humanos e dos Tratados da União Europeia, o da liberdade.

5.2 MERCADO COMUM DO SUL

5.2.1 O processo de integração do MERCOSUL e a sua estrutura

Em 1991, Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai assinaram o Tratado de Assunção visando construir uma zona de livre comércio entre os 04 países denominado Mercado Comum do Sul (MERCOSUL).

Em 2012, houve a inclusão da Venezuela como membro pleno e o início do processo de adesão da Bolívia como Estado Parte, contando atualmente com mais 06 Estados Associados: Chile (1996), Colômbia (2004), Equador (2004), Peru (2003), Guiana (2013) e Suriname (2013); e 2 observadores: Nova Zelândia e México. Todos os países da América do Sul fazem parte do MERCOSUL, ou como Estado Parte ou como associado.

O objetivo primordial do MERCOSUL é gerar um espaço comum que mediante a integração das economias nacionais do bloco possa criar oportunidades comerciais e de investimentos com o mercado internacional. De forma que firmou diversos acordos com vários países, alguns com status de Estados associados, com os quais possuem preferências comerciais e também com outros organismos internacionais.

Os Estados Partes deverão adotar a nomenclatura comum do MERCOSUL (NCM), a tarifa externa comum (TEC) e o regime de origem do MERCOSUL com o fim de manter e alargar a produtividade de seus setores produtivos.

O regime de origem do MERCOSUL garante que o produto foi elaborado em um dos Estados Partes do bloco e que pode ser comercializado entre eles sem o pagamento da tarifa de importação.

A NCM tem o objetivo de individualizar e classificar as mercadorias comerciais no interior do bloco e com o mundo. As mercadorias recebem denominações e codificações. A TEC está baseada na NCM e é definida uma alíquota a cada item para a sua comercialização.

Os Estados Partes do MERCOSUL englobam 71,8% da área da América do Sul, correspondendo a quase 03 vezes a da União Europeia. Sua população de 275 milhões de habitantes corresponde a quase 70% da América do Sul.

O seu Produto Interno Bruto (PIB) é de US$ 3,2 trilhões. O comércio interno multiplicou 12 vezes nas últimas 2 décadas, e se tornou uma das principais potências agrícola e energética do mundo (FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL, 2014).

Seus diferentes ecossistemas continentais e marítimos proporcionam uma das mais importantes reservas de biodiversidade e também de água doce do planeta, com enormes recursos energéticos renováveis e não renováveis.

A estrutura institucional foi estabelecida pelo protocolo de Ouro Preto em 1994, sendo nos dias de hoje formado pelo: Conselho do Mercado Comum, Grupo

Mercado Comum, Comissão de Comércio do MERCOSUL, Parlamento do MERCOSUL, Foro Consultivo Econômico, Secretaria do MERCOSUL, Tribunal Permanente de Revisão do MERCOSUL, Tribunal Administrativo Trabalhista do MERCOSUL e Centro MERCOSUL de Promoção do Estado de Direito.

O Conselho do Mercado Comum (CMC) é o órgão superior do MERCOSUL o qual aprova os acordos e emitem decisões, enquanto as resoluções ficam a cargo do Grupo Mercado Comum e as diretivas da Comissão do Comércio. Estes 3 (três) órgãos são dotados de poder decisório mas há projetos de normas de órgãos dependentes que realizam fóruns de negociação em grupos e subgrupos de trabalho, reuniões especializadas e grupos *Ad hoc*.

Desde 1997 que a saúde começou a ser tratada em fóruns especiais, como o subgrupo de trabalho número 11 saúde (SGT-11) e na Reunião de Ministros de Saúde. As ações destes fóruns serão tratadas em profundidade mais adiante.

O Parlamento do MERCOSUL foi criado em 2005 com o objetivo de progredir o processo de harmonização das legislações nacionais e acelerar a incorporação aos respectivos ordenamentos jurídicos internos da normativa do MERCOSUL que demandem aprovação legislativa.

Até o presente momento, não há um Tribunal de Justiça no MERCOSUL para solucionar os problemas regionais, consolidar jurisprudência, e trazer segurança jurídica e econômica para os Estados Partes e os particulares. Solução de Controvérsias é o sistema responsável por versar os litígios do resultado do ordenamento jurídico advindo dos tratados, normas, acordos e protocolos realizados entre os Estados Partes. Criado pelo Protocolo de Brasília, inicialmente os conflitos seriam discutidos diretamente entre os Estados na tentativa de evitar litígios. Caso as negociações diretas não alcançassem sucesso, as questões seriam levadas ao Grupo de Mercado Comum, com caráter conciliador, dentro de um prazo máximo de 30 dias. Outra possibilidade seria a formação de um procedimento arbitral junto a Secretaria Administrativa do MERCOSUL, no qual são eleitos 3 árbitros, 1 de cada país e 1 nomeado para atuar apenas em um caso específico, se constituindo um Tribunal *Ad hoc*.

Como este sistema de arbitramento vigorou por 8 (oito) anos mas tendo proferido apenas 9 (nove) decisões, foi formulado em 2002 o Protocolo de Olivos, criando um Tribunal Permanente de Revisão (TPR) que começou a vigorar em 2004.

O órgão fica situado em Assunção no Paraguai e é representado por 5 (cinco) árbitros, 1 (um) de cada Estado Parte, e 1 (um) escolhido por votação.

O TPR não retirou a fase conciliadora ou arbitral das cortes *Ad hoc*. Assim, é possível atuar como uma corte de apelação, revisora das soluções arbitrais ou instância única, caso os litigantes pulem a etapa inicial e caminhem diretamente ao TPR. As decisões são definitivas e irrecorríveis, com força de coisa julgada.

A Secretaria do MERCOSUL é o órgão responsável pela base de dados que contém a Normativa do MERCOSUL e foi juntamente com a Corte Europeia as fontes propostas para estudo. As normas são em sua maioria protocolos, acordos, tratados e projetos de norma de fóruns de negociação de subgrupos de trabalhos, de reuniões especializadas e grupos *Ad Hoc*.

A composição orgânica do MERCOSUL é intergovernamental, enquanto que na UE é supranacional. No cone sul as decisões são adotadas de forma consensual e com unanimidade dos países partes. Não há um órgão com competência específica e independente para determinar os rumos do MERCOSUL. Não há transferência de competências estatais para os órgãos regionais.

No sistema da supranacionalidade europeu, foi instituído um órgão específico dotado de poderes para adotar as decisões relevantes que devem ser acatadas pelos Estados Membros, e os interesses coletivos são superiores aos individuais. Neste caso há uma passagem de uma parcela da soberania para um organismo maior, supranacional, formado pelos próprios países partes.

O enfoco da intergovernabilidade do MERCOSUL são os interesses individuais dos Estados Partes e para Ventura (1996) isto pode se constituir em uma demora no processo de integração, que visa maior desenvolvimento e redução das desigualdades nos países membros. No entanto, outros consideram que a intergovernabilidade é melhor, já que não é erguida uma estrutura burocrática e por muitas das vezes dispendiosa, como na supranacionalidade, sem que seja sinônimo de melhor eficácia nos resultados ou efetividade na integração (REIS, 2001).

No entanto para Vital (*on line*, não paginado):

> O sistema intergovernamental impede que sejam aplicadas as normas do Direito Comunitário, não formando uma cúpula com poderes específicos e sem ter ligações diretas com os países membros.

Para o autor, o êxito da aplicação e interpretação das normas comunitárias, afiançando o direito na UE, se deve ao seu Tribunal de Justiça. Afirma que para uma

plena integração e uniformização do ordenamento jurídico no MERCOSUL é necessário à criação de um Tribunal de Justiça, um órgão supranacional com decisões independentes do poder estatal.

Desta forma, as deliberações teriam força e os países envolvidos obrigações de acatá-las, trazendo segurança jurídica e fazendo prevalecer o Direito Comunitário e não o Direito Internacional Público, como é nos dias de hoje.

O MERCOSUL se apresenta no segundo nível do processo de integração, como uma união alfandegária, mas que busca como a UE, a livre circulação de pessoas, produtos, capitais e serviços. Esta busca pelo mercado comum pode conter desafios na área da saúde para a consolidação da integração regional do bloco do Cone Sul, que podem já ter sido experimentados pela UE.

Semelhante a UE, o MERCOSUL apresenta distintos desenhos de políticas e sistemas de saúde nos diversos aspectos organizacionais, financeiros e de cobertura. Embora as regiões de fronteira apresentem contiguidade no plano epidemiológico e sanitário, os Estados do Cone Sul apresentam diferentes perfis epidemiológicos, estruturais e de responsabilidade financeira.

Está entre os objetivos do MERCOSUL harmonizar a legislação; compatibilizar os sistemas de controle sanitário, promover e realizar ações e cooperações visando à redução das assimetrias, e proteger e promover a saúde da população do Cone Sul.

De forma que é preciso saber como está baseada a normativa do MERCOSUL em relação aos direitos de acesso aos serviços de saúde no bloco.

5.2.2 Acordos e planos no MERCOSUL

Os cidadãos dos Estados Membros e Estados Associados do Cone Sul vêm adquirindo direitos e benefícios desde a sua criação.

O Acordo sobre documentos de viagem dos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados, decreto nº 18 de junho de 2008 (MERCOSUL, 2008), estabeleceu a carteira de identidade nacional como o único documento necessário para circulação, dispensando o passaporte e visto.

O Acordo de Residência para nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL, Bolívia e Chile, decreto nº 6.975 de 2009 (BRASIL, 2009a)**,** concede o direito à residência temporária e ao trabalho, desde que possuam passaporte válido, certidão

de nascimento provando a nacionalidade do bloco e uma certidão negativa de antecedentes criminais. Após 2 anos, pode ser solicitada a residência permanente.

Desta forma, os cidadãos membros dos países partes e dos países associados do MERCOSUL precisam apenas da cédula de identidade para ingressar nos países do bloco, podendo ficar até 90 dias sem necessidade de visto. Findo este prazo, poderá ser solicitado um visto de residência temporária de até 2 anos, o qual poderá ser transformado em permanente antes do final de sua validade.

O Acordo de Residência foi um marco para a livre circulação das pessoas, de forma que os cidadãos do MERCOSUL podem estabelecer residência e trabalhar em qualquer país do bloco, propiciando assim acelerar e solidificar o mercado comum pelo maior trânsito de mão de obra, com consequente aumento da demanda também por direitos.

O Acordo Multilateral de Seguridade Social, decreto nº 5.722 de 2006 (BRASIL, 2006), consente o acesso a Seguridade Social, como a contagem de tempo de serviço em qualquer outro Estado Parte, para a concessão de benefícios da aposentadoria, invalidez e morte, tanto para os trabalhadores migrantes como suas famílias.

O Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL (ARCO-SUL) e o Sistema Integrado de Mobilidade (SIMERCOSUL) preveem o aprendizado do espanhol e do português, o reconhecimento dos cursos, a validação de diplomas e a mobilidade de estudantes, professores e pesquisadores.

A Cúpula social do MERCOSUL, criado em 2006, é um espaço para a troca de informações e experiências sobre as políticas sociais desenvolvidas no bloco, buscando uma discussão política sobre o processo de integração pela sociedade.

O Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM) foi instituído em 2005 visando favorecer principalmente Uruguai e Paraguai, as 2 economias menores e menos desenvolvidas do bloco.

O Brasil é o principal contribuinte, aportando 70% dos recursos do fundo. Os recursos comunitários do FOCEM financiam os setores de transportes, biosegurança, habitação, capacitação tecnológica, apoio a microempresa e aspectos sanitários.

Em 2007, foi instituído o Instituto Social do MERCOSUL (ISM), o qual realiza projetos sociais em áreas estratégicas visando a erradicação da extrema pobreza, e a segurança alimentar e nutricional.

Em 2006, foi elaborado um plano com políticas regionais na área social visando se tornar o pilar social do processo de integração regional, o Plano Estratégico de Ação Social do MERCOSUL (PEAS).

Dentre os seus principais objetivos está erradicar a pobreza, a fome, a miséria, o analfabetismo e universalizar a saúde pública. Garantir os direitos humanos, a assistência humanitária e a igualdade étnica, racial e de gênero também está em um dos eixos do PEAS, e ele mantém relação com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas.

A decisão CMC nº 67, de 16 de dezembro de 2010 do PEAS, estabelece (MERCOSUL, 2010b, p. 5):

> Eixo III - Universalizar a Saúde Pública. Diretriz 7: Assegurar o acesso a serviços públicos de saúde integrais, de qualidade e humanizados, como um direito básico. Objetivos Prioritários: - Desenvolver estratégias coordenadas para universalização do acesso aos serviços públicos de saúde integrais, de qualidade e humanizados. - Promover e harmonizar políticas especificas para saúde indígena. - Aprofundar políticas de saúde pública para as mulheres e atenção à primeira infância. - Articular as políticas e promover acordos regionais que garantam acesso à saúde pública na faixa de fronteira. - Fortalecer a articulação intersetorial e o trabalho conjunto nas instâncias institucionais do MERCOSUL, nos aspectos vinculados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Em 2010, foi aprovado pela decisão CMC nº 64/10 (MERCOSUL, 2010a) um plano de ação para conformação de um Estatuto da Cidadania para consolidar e agregar direitos aos cidadãos do bloco, com previsão de conclusão em 2021, aos 30 anos de criação do MERCOSUL.

O Plano estrutura-se em três objetivos gerais: implementação de política de livre circulação de pessoas; igualdade de direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicas para os nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL; e igualdade de condições para acesso ao trabalho, à saúde e à educação.

Almeja se que o Estatuto possa se tornar um tratado internacional, que congregue ao ordenamento jurídico nacional de cada Estado Parte, o conceito de uma cidadania regional, a de um Cidadão do MERCOSUL.

Alguns avanços em prol deste Estatuto já foram alcançados, tais como: a criação do Sistema Integrado de Mobilidade do MERCOSUL (SIMERCOSUL); a criação de uma placa comum de identificação veicular do MERCOSUL; a Revisão do Acordo de Recife que regula o controle nas fronteiras dos Estados Partes e facilita os fluxos migratórios entre os países; e a Revisão Sociolaboral do MERCOSUL, e harmonização da legislação previdenciária e trabalhista.

Em 2009, foi criado o Instituto de Políticas Públicas de Direitos Humanos (IPPDH). O Brasil financia o Projeto de Cooperação Humanitária Internacional para Migrantes, Apátridas, Refugiados e Vítimas de Tráfico de Pessoas, por meio de ações de cooperação técnica baseados em metodologias e pesquisas, a partir da perspectiva dos direitos humanos e do intercâmbio de boas práticas nos países do bloco. As ações possuem ênfase nos estudos sobre a segurança alimentar e o fluxo migratório haitiano.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos (IDH) também emitiu o Parecer Consultivo OC-21/14, “Direitos e garantias de crianças no contexto da migração e/ou necessidade de proteção internacional” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2014), em resposta a solicitação da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai apresentado em 2011. Foi a primeira vez que um grupo de países apresentou uma questão ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a respeito de um assunto de importância vital, como o fluxo crescente de pessoas no mundo e dentre as quais existem crianças não acompanhadas.

A solicitação foi o resultado de um consenso dos países membros e foi elaborada com a assistência técnica do Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do MERCOSUL (IPPDH), aprovada na XIX Reunião de Altas Autoridades sobre Direitos Humanos e Chancelarias do MERCOSUL e Estados Associados (RAADH).

O parecer estabelece obrigações mínimas que os Estados devem ter para garantir a proteção dos direitos das crianças migrantes, em especial as que se encontram sozinhas. A Corte IDH instituiu os princípios da não detenção e não devolução em razão da sua condição migratória. Foram enfáticos ao afirmar que os Estados não podem recorrer à privação de liberdade de crianças, e nem criar entraves para o ingresso e permanência no país.

Os Estados são obrigados a não transferir crianças para países onde há risco de violação de seus direitos fundamentais, como a liberdade, a vida e a integridade física. Também foi afirmada a proteção do direito à vida familiar. Os casos nos quais as crianças possuem condições legais para residir, ou o direito a nacionalidade, os Estados ficam impedidos de expulsar um ou ambos os progenitores, em razão de infrações migratórias administrativas.

O parecer afirmou que os Estados de origem, trânsito e destino devem tomar medidas para proteger, de forma integral e prioritária, os direitos da criança migrante

e os de seus pais. O documento tem uma relevância social, humanitária e política, e é uma resposta à preocupação com a vulnerabilidade dos direitos humanos presente na realidade de uma criança migrante.

5.2.3 Cooperação técnica no MERCOSUL

Vários países e grupos, incluindo a União Europeia, realizaram cooperação técnica com o MERCOSUL para o incremento conjunto de novas técnicas e a troca dos conhecimentos existentes. O propósito principal da cooperação é promover o desenvolvimento técnico-científico dos países do bloco, e alargar a oferta de bens e serviços seguindo as normas internacionais, facilitando o comércio e a circulação de pessoas, bens e serviços.

A cooperação técnica visa contribuir para a integração e a redução das assimetrias. Foram identificadas como áreas temáticas na implementação de cooperação técnica, a harmonização de normas sanitárias, saúde, desenvolvimento sustentável e educação.

A União Europeia possui 8 projetos de cooperação em andamento com o MERCOSUL, e a Espanha, 7. Há ainda projetos sendo identificados com o Japão e a Alemanha.

Foram encontrados apenas 2 projetos de cooperação relacionados a área da saúde. Um deles foi com a Espanha, para implementar o Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde. Seu objetivo é desenvolver políticas de saúde para o bloco. Embora a sua execução estivesse prevista para 2013, não há dados sobre o Observatório. Apenas a informação que em 2015, o projeto realizou uma pesquisa sobre recursos humanos em saúde, a partir de prioridades identificadas nos sistemas de saúde dos países membros, mas infelizmente o *site* encontrasse indisponível. Não há relatos de outros trabalhos. As atividades do grupo que coordenava o projeto foram finalizadas em razão do término do financiamento do projeto.

O outro projeto já se encontra encerrado e foi realizado com a Alemanha, entre 2007 e 2008, intitulado: Fortalecimento das Ações de Prevenção, Vigilância, Assistência Integral e Direitos Humanos de DST-HIV/AIDS nas Cidades de Fronteira da Região dos Países do MERCOSUL. Visava diminuir a incidência da doença, principalmente, nas cidades fronteiriças em razão do seu contexto de maior vulnerabilidade.

5.2.4 Cooperação técnica brasileira no MERCOSUL

Para apoiar e fortalecer a participação brasileira no processo de institucionalização do MERCOSUL, referente à integração das políticas públicas de saúde, que foi criado o termo de cooperação técnica nº 48 pela Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL.

A sua vigência era prevista de 2006 a 2011, e tinha como resultados esperados o desenvolvimento do Observatório MERCOSUL de sistemas de saúde; o fortalecimento dos fóruns de integração regional, e dos sistemas de comunicação e informação; e a implementação do acordo Brasil-Uruguai de oferta de serviços de saúde nas fronteiras.

Este termo de cooperação foi firmado entre o Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), e foi o único encontrado relacionado ao bloco Cone Sul.

Em 2009, foi assinado um ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios de 2002. O ajuste “Brasil-Uruguai para a saúde nas fronteiras”, Decreto Legislativo nº 933 de 2009 (BRASIL, 2009b), pretendeu favorecer um maior acesso desta população que reside na fronteira aos serviços de saúde, uma vez que eles poderão ser regulados através das Secretarias Municipais de Saúde dos dois países.

Para apoiar a execução do ajuste, foi formalizada uma parceria entre a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAURGS e a OPAS/OMS. Foram realizadas reuniões com intendentes e prefeitos da região de fronteira, construídos bancos de dados sobre os municípios, coletados dados primários sobre a organização dos serviços de saúde e dos fluxos de pacientes; e realizado dois estudos de caso nos municípios de Aceguá e Santana do Livramento.

Ainda foram criadas: a Comissão Binacional Assessora da Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai e o Sistema de cooperação fronteiriça Brasil-Uruguai; ações de saúde envolvendo Brasil e Paraguai; Comitês de Fronteira Brasil-Argentina, com ações voltadas para a prestação de serviços de saúde nos moldes do Ajuste do Brasil com o Uruguai; e o Subcomitê de saúde na fronteira Brasil-Bolívia.

Este Subcomitê tratou de temas como: reciprocidade na Atenção à saúde; capacitação na investigação do *Aedes aegypti*; investigação conjunta no caso de Chagas; falsificação e contrabando de medicamentos; doação de medicamentos

antimaláricos; o combate à contaminação de água, solo e meio ambiente; a implementação do Regulamento Sanitário Internacional pela Bolívia; vigilância epidemiológica; e fortalecimento do sistema de referência e contra referência nos 2 países.

Também houve a criação do Programa de Cooperação Bilateral de Saúde Brasil-Equador para intercâmbio técnico sobre Política de Medicamentos, e o grupo de trabalho Itaipu (GT Itaipu), o qual é vinculado à empresa Itaipu Binacional, e tem como objetivo ressaltar as ações da Atenção Primária em Saúde, na Região de Fronteira entre o Brasil e Paraguai, e promover ações de impacto nos níveis sanitários da população da área de influência da Itaipu.

Em 2011, devido ao término do termo nº 48, ele foi alinhado ao termo nº 58, intitulado Fortalecimento Institucional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA).

Em 2015, houve a convergência MERCOSUL – UNASUL. O Brasil apresentou um Projeto de Acordo “Complementação e Articulação MERCOSUL – UNASUL” nos órgãos e foros que atendem a temática saúde para aprovação dos Ministros da Saúde.

Em 2008, representantes de 12 países sul-americanos assinaram um tratado para a criação da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). Fazem parte: Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. México e Panamá são membros observadores.

Seu principal objetivo é propiciar a integração econômica, política e social na América do Sul, conjugando o MERCOSUL e a Comunidade Andina das Nações (CAN). Pretende-se tornar um órgão supranacional com vistas a substituir os 2 blocos. O Conselho de Saúde Sul Americano da UNASUL também foi instituído em 2008, e é formado pelos Ministros de Saúde dos países membros com o fim de elaborar programas regionais na área de saúde pública.

Os principais acordos presentes no termo de cooperação nº 48, entre o MS e a OPAS/OMS, na busca por um direito a saúde no Cone Sul foram:

- Acordo nº 02/09 – Promover a equidade na saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde.
- Acordo nº 10/09 – Regulação da Inscrição de Pacientes Estrangeiros nas Listas de Espera para Transplante de Órgãos e Tecidos Cadavéricos nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL.

- Acordo nº 11/09 – Recomendações dos Estados Partes e Associados do MERCOSUL para Fortalecer a Gestão e o Acesso a Medicamentos.

E dentre as criações e ações desenvolvidas contidas no *site* da OPAS/OMS, referente aos relatórios de gestão anuais do termo de cooperação nº 48 e depois pelo nº 58, de 2008 a 2015, temos:

- Desenvolvimento de procedimentos mínimos harmonizados para intercâmbio de informação e adoção de medidas de controle sobre as enfermidades priorizadas pelos Estados Partes.
- Oficina de Vigilância Epidemiológica do HIV/AIDS da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS para construção do Boletim Epidemiológico,
- Núcleo de Articulação dos Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde (NUSICS).
- Comissão Intergovernamental de Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI),
- Comissão Intergovernamental de Política de Medicamentos (CIPM).
- Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR).
- Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco (CICT).
- Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis.
- Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT).
- Grupo Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (GTSAN).
- Documento técnico sobre a experiência e os resultados obtidos através da cooperação internacional prestada entre o Brasil e o Peru, no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, levando em consideração o processo de reformas em que se encontra o Peru.
- Documento técnico contextualizando a análise da Universalidade no Acesso em Saúde e Equidade na Atenção no âmbito do MERCOSUL, visando o processo de integração regional para redução das assimetrias.
- Reunião da Comissão Assessora em saúde na Fronteira Brasil – Uruguai para regulamentar o acesso aos serviços de saúde na fronteira, com a seguinte pauta: “prevenção, vigilância, assistência integral e dos direitos humanos das doenças sexualmente transmissíveis, VIH/SIDA nas fronteiras; a prestação de serviços de saúde aos fronteiriços e a contratação de médicos.
- Reunião do Comitê de Integração Fronteiriça Brasil – Bolívia em Guayaramerín, onde os principais temas tratados foram: o combate a dengue, malária e

leishmaniose, que podem transformar-se em epidemia com facilidade. A prestação de serviços de saúde aos fronteiriços e a contratação de médicos também foram temas em destaque.

-Reuniões dos Grupos Técnicos e Redes da UNASUL realizadas e coordenadas pela AISA, e áreas técnicas do Ministério da Saúde e Órgãos vinculados.

As atividades desenvolvidas pela cooperação brasileira visavam implementar ações nas fronteiras do MERCOSUL para melhorar o acesso desta população aos serviços de saúde, e o fortalecimento dos planos, políticas e sistemas de saúde dos países membros; e atualmente apoiar também os países membros da UNASUL, principalmente em relação à questão crítica dos recursos humanos em saúde. Assim, pretendia ampliar a integração regional com ações de promoção, prevenção e assistência, numa perspectiva da atenção à saúde e de cooperação internacional.

As atividades de cooperação técnica internacional estão relacionadas ao eixo 3, diretriz 7 do PEAS, que visa fortalecer ações, projetos e programas para a promoção, e melhoria de políticas e sistemas públicos de saúde no MERCOSUL e países parceiros. Estas atividades são realizadas tanto entre as áreas técnicas dos Ministérios da Saúde dos países membros e parceiros, como pelos países desenvolvidos e Organismos Internacionais, para a troca de conhecimentos e para a melhora da saúde pública.

A parceria do Brasil na cooperação internacional tem a intenção de proporcionar o fortalecimento das áreas técnicas nacionais, a modernização das instituições de saúde brasileiras, a transmissão de experiências exitosas e o recebimento de contribuições de países com níveis de desenvolvimento socioeconômicos similares.

Importante frisar que os dados da cooperação técnica brasileira não se encontram sistematizados no *site* do MERCOSUL, apenas os seus relatórios de gestão estão contidos no *site* da OPAS/OMS.

5.2.5 Normativas da saúde no MERCOSUL

Toda a normativa do MERCOSUL, incluindo a da saúde, encontra se na Secretaria do bloco e disponível por meio eletrônico. São protocolos, acordos, tratados e projetos de norma de fóruns de negociação de subgrupos de trabalhos, de reuniões especializadas e grupos *Ad hoc*.

Desde 1997, que a Reunião dos Ministros de Saúde e o subgrupo de trabalho número 11 saúde (SGT-11) são os responsáveis pela normativa da saúde. Os Ministros têm a função de propor ao Conselho do Mercado Comum medidas orientadas à coordenação de políticas na área da saúde para o MERCOSUL. No âmbito da reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e dos Estados Associados que se realiza e aprova acordos e memorandos de entendimento; e no SGT-11 criam-se projetos de resolução a serem encaminhados ao Grupo Mercado Comum.

A normativa da saúde não está sistematizada, de forma que foi necessário pesquisar todos os documentos disponibilizados no *site* da Secretaria do MERCOSUL. Dos 200 resultados iniciais foram selecionados 72, entre resoluções, recomendações e decisões que se referiam à saúde desde o primeiro documento em 1996 até dezembro de 2015. A relação dos 72 documentos encontra-se no apêndice A.

Os documentos estão divididos entre:

- A criação do Subgrupo de trabalho da saúde – SGT 11 e as pautas de suas reuniões. Tem como finalidade centralizar o tratamento das questões de saúde, com fim de facilitar a harmonização das legislações nacionais nas referidas questões e a compatibilização dos sistemas de controle sanitário dos Estados Partes.
- Regras para a comercialização de produtos ou serviços que não apresentem risco à saúde ou à segurança do consumidor, com alto grau de nocividade e periculosidade; e na qualidade de sua fabricação e controle tais como: Boas Práticas de Fabricação e Controle para as Indústrias de Produtos Domissanitários, Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes; Lista de Substâncias que não podem ser utilizadas em Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes; Boas Práticas de Fabricação para Produtos Saneantes.
- Regulamentos técnicos para normatizar procedimentos técnicos e administrativos; e requisitos básicos para a habilitação visando uniformizar e harmonizar diferentes serviços entre os Estados Partes: Serviços de Medicina Transfusional, Habilitação de Serviços de Diálise, Diretrizes para Habilitação e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulta, Pediátrica e Neonatal; Diretrizes para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência; Diretrizes para Organização e Funcionamento dos Serviços de Maternidade; Diretrizes para Metodologias de Avaliação de Tecnologias em Saúde; Requisitos de Boas Práticas para o

Funcionamento dos Serviços de Saúde; Requisitos de Boas Práticas em Procedimentos para Organização e Funcionamento dos Serviços de Transplante de Órgãos; e Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso *in Vitro.*

- Lista de Notificação obrigatória de doenças entre os Estados Partes: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), e a implementação de “Estratégias Conjuntas de Fortalecimentos de Ações para enfrentar os Riscos de uma Pandemia de Gripe Aviaria”.

- Desenvolvimento de recursos humanos; permissão à livre circulação de profissionais para as profissões comuns na área de saúde nos Estados Partes: criação da Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL; matriz mínima de registro de profissionais de saúde do MERCOSUL; e aprovação da lista de Profissões de Saúde para serem reconhecidas pelos Estados Partes;

- Combate ao uso indevido de medicamentos: Autorização para a Entrada e Saída de Medicamentos que contenham Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas para Pacientes em Trânsito; e fortalecimento do sistema de notificação prévia de exportação de efedrina, pseudoefedrina e especialidades farmacêuticas que as contenham, baseado no sistema de trabalho da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE).

- Vigilância sanitária e ambiental: gestão sanitária de resíduos sólidos em portos, aeroportos, terminais internacionais de carga e passageiros, e pontos de fronteira no MERCOSUL;

- Estrutura e organização da Farmacopeia MERCOSUL: instituição de requisitos mínimos para o controle de qualidade dos insumos, especialidades farmacêuticas e drogas produzidas e utilizadas nos Estados Partes. Medidas para a prevenção e combate a falsificação, e fraude de medicamentos e produtos médicos.

- Procedimentos comuns: criação de uma “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”.

- Aprovação do documento “Recomendações para a saúde dos viajantes” o qual aplica as diretrizes estabelecidas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2005, com vistas a harmonizar procedimentos mínimos de intercâmbio de informações e controle das doenças priorizadas pelos Estados Partes.

- Aprovação de normas de Vigilância Epidemiológica, Diagnóstico de Laboratório, Medidas de Controle e Esquemas Terapêuticos em razão de que o risco ou surto de doenças que pode constituir emergência de saúde pública, em nível internacional, requer medidas de vigilância e controle.
- Estipulação de Requisitos Mínimos para elaborar planos de contingência para Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em Pontos de Entrada de portos, aeroportos e passagens de fronteiras no bloco sul.
- Elaboração do documento “Declaração de Saúde do Viajante no MERCOSUL”, somente para ser aplicado frente a situações de emergência sanitária, com necessidade do controle da propagação internacional de doenças, visando contar com um mínimo de informações epidemiológicas sobre a saúde do viajante entre os Estados Partes do MERCOSUL.
- Aprovação do Plano Regional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores no MERCOSUL. O Plano estabelece que para o desenvolvimento econômico com justiça social é essencial avançar nas medidas de promoção e proteção a saúde e segurança dos trabalhadores, e do meio ambiente de trabalho no MERCOSUL. Esta foi uma medida para aumentar as informações sobre direito e obrigações de saúde no ambiente de trabalho.
- Assinatura do “Memorando de Entendimento entre o MERCOSUL e a Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS)” para cooperação técnica internacional. Elaboração de projetos de cooperação que fortaleçam a cooperação técnica, institucional, a convergência estratégica; a troca de informações e o fortalecimento da integração.

Os projetos de cooperação são nas seguintes áreas temáticas específicas:

a) Doenças transmissíveis: vetoriais;
b) Doenças não transmissíveis e fatores de risco: obesidade;
c) Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o curso de vida;
d) Sistemas de saúde: redes integradas de serviços com fortalecimento no primeiro nível de atenção, planejamento de recursos humanos, transplantes e segurança do paciente, política de medicamentos e tecnologias sanitárias;
e) Preparação, vigilância e resposta: Regulamento Sanitário Internacional (RSI);

f) Saúde nas fronteiras;
g) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Apenas foi encontrada a cooperação técnica entre o Brasil e a OPS/OMS já descrito anteriormente. Não se tem informações sobre projetos de outros países do MERCOSUL.

- Cooperação na luta contra o HIV-AIDS na região. Esta normativa foi a única a abordar especificamente a questão da universalização do acesso, mas especificando a prevenção e o tratamento do HIV-AIDS. Recomenda o financiamento de intervenções oportunas para a prevenção e o tratamento da doença, e a negociação dos preços dos medicamentos de forma a tornar sustentável o acesso universal.

Na verdade, é uma recomendação para melhorar a legislação do MERCOSUL nas questões de diagnóstico e tratamento do HIV-AIDS, a fim de possibilitar o oportuno acesso aos cidadãos dos países, não tratando de questões de acesso ao tratamento por imigrantes.

Das normativas que não dizem respeito à saúde, foram verificadas 4 que merecem atenção.

A decisão 50/2000 que trata do Acordo sobre o Benefício da Justiça Gratuita e Assistência Jurídica Gratuita entre os Estados Partes do MERCOSUL, a República da Bolívia e a República do Chile. Os nacionais, cidadãos e residentes habituais dos Estados Partes terão direito em igualdade de condições, dos benefícios da Justiça gratuita e da assistência jurídica gratuita em todo o bloco. Esta decisão demonstra a busca por uma igualdade de acesso que pode ser conduzida para a saúde.

A decisão 13/97, 31/2000 e a 21/2009 dizem respeito ao livre comércio de serviços no MERCOSUL. A saúde não consta na lista dos serviços, mas se estivesse presente talvez facilitasse a liberalização da sua oferta, bem como da sua livre demanda em qualquer Estado Parte.

5.2.6 Perspectivas das políticas de saúde no MERCOSUL

Com pouco mais de 02 décadas de existência, o MERCOSUL está em um processo paulatino de defesa de políticas sociais visando o desenvolvimento humano e social. Os acordos de residência e seguridade social, e os institutos e

planos criados representam um esforço neste sentido, mas há muito que se percorrer.

A busca pelo fortalecimento do processo de integração, pela convergência estrutural e coesão social, e o processo de aprimoramento institucional só foram intensificados nos últimos 10 anos.

Embora tenha tido inúmeros avanços na área social e a saúde está nas diretrizes do PEAS, ela não está entre as questões centrais do MERCOSUL ficando mais restrita a aspectos sanitários e epidemiológicos.

Não houve progressos para uma regulamentação e/ou harmonização das legislações em matéria de saúde. A normativa da luta contra o HIV-AIDS foi a única a tratar mais especificamente a questão da universalidade do acesso no Cone Sul, mas ocorreu em 2006 e foi uma recomendação para favorecer o diagnóstico, e não a garantia do acesso ao tratamento pelos cidadãos dos outros países membros. De lá para cá não houve normativa que abordasse o acesso aos serviços de saúde.

O termo nº 48, de cooperação técnica brasileira, que mais versa sobre o acesso universal, porém fica restrito a ações nas regiões de fronteira do Brasil.

O Tratado de Assunção que deu origem ao MERCOSUL estabeleceu compromissos com princípios bioéticos de promoção e proteção dos Direitos Humanos no bloco. Ele visa à diminuição das assimetrias e o tratamento diferenciado; o enfrentamento da pobreza e da exclusão social; o favorecimento do desenvolvimento econômico equilibrado; o não tratamento desigual ao vigente entre as partes, e o seu livre comércio, porém não considerou em particular o direito humano à saúde

Foram criadas normativas em relação à matéria migratória e social, todavia estas não significaram a incorporação do direito à saúde, apenas a dimensão das questões de vigilância sanitária e epidemiológica.

É necessário o desenvolvimento de um banco de dados da legislação em saúde no MERCOSUL, de modo que possa ser divulgado e internalizado os seus atos normativos nos Estados Partes. A reunião e sistematização das normas em saúde em um corpo único são fundamentais para estabelecer mecanismos que permitam o acesso à saúde, e vão contribuir para aprofundar o processo de integração e a redução das assimetrias dentro do Cone Sul. Com uma normatização específica, os povos do MERCOSUL podem demandar por seus direitos e não ficar a mercê de acordos e ações de gestões passageiras.

A saúde deve estar entre os principais temas da agenda do MERCOSUL. Não é possível pensar no processo de integração regional com justiça social sem garantir o seu acesso. O compromisso com o direito a saúde poderá estimular a inclusão social e garantir condições de vida digna entre os integrantes do processo de integração do bloco Cone Sul. Vai ao encontro dos princípios do Tratado de Assunção, do reconhecimento e da diminuição das assimetrias, e do tratamento diferenciado.

Os Estados devem promover ações para assegurar o exercício dos direitos humanos e que sua concepção deva ser incorporada as políticas públicas. Avançar no respeito e na promoção dos direitos humanos favorece a participação e a transformação social, a identidade, o fortalecimento da cidadania e torna se indispensável no processo de transição de países em integração.

O acesso aos serviços de saúde está entre os desafios da integração regional e a promoção do seu direito se torna peça chave neste processo. De forma que se deve estimular uma cultura e um pensamento de respeito, proteção e realização do direito humano a saúde também na sociedade. Por ser a integração um dos fatores primordiais que este tema deve ter a participação social e um debate na sociedade.

E também buscar iniciativas, identificar obstáculos e oportunidades que possam impactar na garantia do acesso e no fortalecimento de políticas centradas nos direitos.

Por exemplo, o acesso à justiça gratuita vai ao encontro das disposições sobre os direitos humanos de proteção dos mais vulneráveis e da equidade. Pode se lutar com as mesmas prerrogativas para que se estenda a saúde.

O artigo 1º do Tratado de Assunção (MERCOSUL, 1991) estabelece a livre circulação de serviços no âmbito do MERCOSUL, contudo a saúde não é considerada serviço, um bem de consumo, como na União Europeia. Já existe a circulação de vários de seus produtos e a inclusão dela na categoria de serviços pode favorecer a livre circulação das pessoas a sua procura, e pode significar um ponto a mais na garantia do seu acesso, mas sem deixar de considerá-la como um direito humano.

O CMC do MERCOSUL acordou, entre os Estados Partes, incentivos, subsídios e medidas compensatórias para o comércio intrazona. Medida similar também pode ser pensada para as ações de saúde.

Um Plano de Ação para a construção de um Estatuto do cidadão do

MERCOSUL, previsto para se concluir em 2021, no aniversário de 30 anos do Cone Sul, irá assegurar direitos iguais à saúde aos nacionais e residentes, e pode ser mais uma peça para se agregar com vistas à igualdade no acesso. O Estatuto poderá ser transformado em um Tratado Internacional, que incorporará ao ordenamento jurídico nacional dos Estados Partes, o conceito de Cidadão do MERCOSUL. Este Estatuto irá aprofundar a agenda cidadã da integração regional visando ampliar e consolidar direitos e benefícios dos cidadãos dos Estados Partes.

Promover e proteger a saúde das pessoas através da garantia do seu acesso é um elemento que contribui para o fortalecimento da integração regional e das condições de vida dos integrantes do bloco.

Observou se maior avanço no campo sanitário e epidemiológico, principalmente para garantir segurança e qualidade dos produtos. Deve se continuar lutando para que ocorra o mesmo progresso com a defesa do direito à saúde e a continuação do processo de integração regional do MERCOSUL.

Talvez a criação de um Tribunal de Justiça no MERCOSUL não seja o mais efetivo, todavia a criação de normativas para regulamentar o acesso é imprescindível. O Tribunal da UE analisou 22 casos, mas contribuiu muito para esclarecer os artigos nº 22 e 36 do regulamento CEE nº 1408 /71; e os de nº 52, 56, 57 e 66 do TFUE, na garantia do direito à assistência à saúde, mais até do que propriamente os litígios, já que eles versavam em regra sobre os mesmos conflitos.

Para o Brasil, mesmo considerando o caráter universal do SUS, a normativa também é necessária para contribuir no esclarecimento do direito do imigrante, dirimindo dúvidas e evitando obstáculos ao seu acesso. Sem dúvida alguma, é primordial para os outros países membros do bloco Cone Sul, em razão dos diferentes tipos de sistemas nacionais de saúde, em sua maioria, não universais, não gratuitos e com exigência de contraprestação.

Foram pactuadas ainda atividades de rotina, que devem ser constantes, garantindo assim acesso universal a nacionais e estrangeiros aos serviços de saúde dos países membros e associados.

Considerando a possibilidade do MERCOSUL não criar uma normativa para o acesso dos imigrantes, principalmente pelo enfraquecimento político e econômico de alguns países membros, incluindo o Brasil, batalhar pelo princípio bioético da proteção na perspectiva dos direitos humanos pode contribuir para a garantia do direito à saúde dos cidadãos membros do Cone Sul, sejam regularizados ou não.

Frisar o caráter do acesso à assistência à saúde como direito humano pode representar uma melhora nos países sem universalização do acesso em suas políticas de saúde, inclusive para os não membros do bloco, mas residentes nos países membros.

5.3 BRASIL E A SAÚDE DOS IMIGRANTES

O Brasil abriga, atualmente, cerca de 01 milhão de imigrantes permanentes com estada regularizada. Menos de 0,4% da população migrante do mundo que gira em torno de 250 milhões.

Encabeçando a lista dos principais países de origem dos imigrantes está Portugal, seguido de Japão, Itália, Espanha, Bolívia e Argentina.

Só os países do MERCOSUL, favorecidos pelo Acordo de Residência e Livre Trânsito, compõem mais de um quinto da soma dos imigrantes estabelecidos no Brasil. Se levarmos em conta que o Brasil é o quinto país mais populoso do mundo, com aproximadamente 200 milhões de habitantes, a taxa de imigrantes é de 0,5%. No entanto, esta taxa é maior em razão da dimensão de imigrantes sem estada regularizada estabelecidos no país. Segundo Martes (2009), o Brasil possui 1,5 milhões de imigrantes regularizados e não regularizados.

Apesar de imigrantes portugueses representarem maior número, em 2012, o número de vistos permanentes concedidos foi maior para os haitianos.

Atualmente existe no Brasil o Estatuto do Estrangeiro (Brasil, Lei n. 6.815 de 19 de agosto de 1980). Ele foi criado em um período anterior ao processo de redemocratização do país, da promulgação da Constituição de 1988 e da admissão pelo Brasil dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Encontra-se em tramitação um projeto de Lei de Migrações para substituí-lo e colocar o Brasil no mesmo patamar dos países guiados pelos princípios de cidadania, democracia e direitos humanos.

O projeto foi aprovado pelo Senado brasileiro em julho de 2015 e aguarda apreciação pela Câmara dos Deputados. Uma das principais intenções é igualar os direitos e oportunidades dos estrangeiros, como acesso ao mercado de trabalho e participação política, em relação aos brasileiros natos como se propõe a política de integração da União Europeia.

O artigo 95 do Estatuto rege (BRASIL, 1980, p. 14): “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”. Além de o Estatuto ser anterior a Constituição de 88 e a criação do MERCOSUL, só faz referência aos estrangeiros residentes com permanência regulamentada, e não menciona os estrangeiros de cidades fronteiriças e os não regulamentados.

No caso específico do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), o direito a saúde de cunho obrigatório individual é conferido a brasileiros e estrangeiros. Segundo a Advocacia Geral da União, estrangeiro com visto de turista ou em trânsito não goza dos mesmos direitos que os brasileiros, sendo o seu direito à saúde apenas na dimensão defensiva, no qual o Estado deve abster se de práticas que possam prejudicar a saúde; e na dimensão prestacional de proteção sanitária, como as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional, e situações de emergência que caracterize risco de morte (OLIVEIRA, 2010a).

No entanto, a Recomendação Geral nº 14 de 2000, do Comitê de Monitoramento do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, para a aplicação do artigo nº 12 do referido Pacto que trata do direito à saúde, ratificado pelo governo Brasileiro, estabelece que o acesso a serviços de saúde é um direito humano individual que deve ser garantido pelos Estados.

O artigo prevê que “os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental” (COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 2000, p. 1). Os Estados têm obrigações essenciais de proteger, respeitar e realizar o direito à saúde de todos os indivíduos em um compromisso internacional.

E para Reis, um regime internacional de direitos humanos está favorecendo o reconhecimento dos direitos universais das pessoas e diminuindo os exclusivos de cidadania nacional. “Cada vez mais os imigrantes têm os mesmos direitos que os cidadãos, sem que, para isso, tenham de tornar-se cidadãos, de se naturalizarem” (REIS, 2004, p. 158).

As garantias dos direitos sociais são fatores relevantes e o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes não é tão simples, considerando os aspectos político e institucional envolvidos no processo.

Embora tenha tido um avanço com o Acordo de Residência, permitindo o livre trânsito dos cidadãos dos países membros do MERCOSUL, ainda não foi criado uma regulamentação para acesso aos serviços de saúde. De forma que se torna imprescindível saber como o Brasil vem lidando com a demanda dos imigrantes pela garantia do seu direito à saúde.

Uma das ações do governo brasileiro voltada especificamente ao acesso dos imigrantes que residem nas regiões de fronteira foi a criação, em 1996, do Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS fronteiras). Foi gerado no âmbito do MERCOSUL, com a finalidade de organizar o sistema nos municípios fronteiriços brasileiros.

5.3.1 Imigrantes no acesso aos serviços de saúde brasileiros

Embora o número de imigrantes venha crescendo, no Brasil há poucos trabalhos que investigam o tema do acesso aos serviços de saúde. Foram encontrados apenas 12 estudos empíricos com os imigrantes bolivianos, japoneses e coreanos na cidade de São Paulo; e 4 nas regiões de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Não foram identificados estudos sobre o tema utilizando abordagens bioéticas na sua metodologia, e sim, na perspectiva do direito internacional.

A região metropolitana de São Paulo é apontada como a maior receptora de imigrantes do país, sendo a nacionalidade boliviana a mais expressiva (MELO; CAMPINAS, 2010).

Em um dos primeiros trabalhos encontrados, Silva (1997) apontava a dificuldade dos imigrantes bolivianos que trabalhavam nas oficinas de costura no acesso aos serviços de saúde, em razão de não possuírem documentação, não falarem a língua local e a falta da qualidade no atendimento.

Carneiro e Silveira (2003) verificaram uma maior prevalência em situações de violência doméstica e laboral de imigrantes bolivianas em relação a outras usuárias do Centro de Saúde pesquisado. Para contornar esta situação, foi criado um atendimento com abordagem pluridisciplinar que contava além da equipe de saúde, de advogados e cientistas sociais, em atendimentos semanais individuais e em grupo.

Já Xavier (2010) ressaltou o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) na criação de vínculo com as unidades básicas de saúde e no processo de integração à

sociedade dos imigrantes bolivianos em São Paulo. Ainda relata que os imigrantes adquiriram o cartão SUS como seu primeiro documento brasileiro.

Silva (2009) também fez uma análise positiva a respeito da interação entre os profissionais da ESF, em especial os agentes de saúde, e os imigrantes bolivianos. Comenta que não houve relatos de dificuldade no acesso ao SUS, mas que apresentaram algumas situações discriminatórias na interação com os profissionais de saúde e com outros usuários, com atitudes de hostilidade, rejeição e intolerância.

Assim como Waldman (2011) também constatou que apesar dos bolivianos do seu estudo já terem tido atendimento nos serviços de saúde brasileiros, aconteceram pequenas situações de desrespeito dos profissionais da unidade, como falarem alto com eles e empurrá-los.

Melo e Campinas (2010) demonstraram uma grande incidência de tuberculose entre a população boliviana imigrante no Brasil associado às condições insalubres das oficinas de costura, as jornadas de trabalho exaustivas e ao abandono do tratamento, além do aumento do índice de HIV. Mas também destacaram a importância do vínculo obtido pela ESF contribuindo para a eficácia do tratamento.

De acordo com Silva (2009), a cidade de São Paulo começou a criar ações específicas para os bolivianos em 2003, em decorrência do aumento do índice de HIV e tuberculose desta população. Dentre as ações estão: contrato de bolivianos para atuarem com agentes de saúde nas unidades básicas, informativos a respeito da prevenção de HIV e tuberculose em espanhol, prestação de cursos do idioma espanhol e da cultura boliviana para os profissionais das unidades.

Madi et al. (2009) concluíram que as bolivianas entrevistadas tinham informações sobre gravidez, contraceptivos e optavam por partos naturais pela recuperação mais acelerada, permitindo uma volta mais ligeira a rotina do trabalho.

Martes e Faleiros (2013) realizaram entrevistas com imigrantes bolivianos recém-chegados à cidade de São Paulo, e foram citados casos de discriminação e problemas em compreender as orientações médicas, mas no conjunto os entrevistados demonstraram satisfação com o acesso e a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pela gratuidade dos serviços e de vários medicamentos, diferentemente do que ocorre na Bolívia, na qual o sistema de saúde nacional universal e gratuito ainda está em fase de implementação.

O número maior de postos de saúde e de hospitais; a imunização; e a realização de exames e partos foram elementos pontuados pelos autores como muito positivos e referenciados em comparação aos encontrados na Bolívia. Contam que lá a maioria dos partos é natural e ocorre na própria casa, em razão de ser um procedimento pago, o que acaba resultando em alto índice de mortalidade materna boliviana. Os depoimentos valorizaram o abrandamento da dor física por meio de acesso a medicamentos, tratamentos e partos, tendo incluído a cesárea.

A ESF também foi referenciada positivamente neste trabalho, como um facilitador ao processo de integração e por realizar ações diretamente no território, nos domicílios dos entrevistados. E embora possuíssem o cartão SUS, isto não era uma condição para atendimento, sendo possível apenas com a carteira de identidade boliviana. Isto evidencia a não restrição do acesso pelo status legal de regularizado, reforçando o caráter universal do SUS.

Outros fatores apontados no estudo como facilitadores na promoção do acesso foram: as redes familiares, os agentes comunitários de saúde e os proprietários de oficinas. Foram poucas as falas de discriminação e estas geralmente ocorrem no setor de cadastro das unidades, e não apenas pela nacionalidade, mas pela origem étnica, indígena (MARTES; FALEIROS, 2013).

Rufino e Amorim (2012) pesquisaram algumas das práticas de gestão pública para o atendimento de imigrantes na região metropolitana de São Paulo. Constataram que a ESF é mais efetiva que as unidades básicas tradicionais, pela característica de visitarem os pacientes em suas casas e junto das famílias, de forma que promove uma maior interação, o que contribui para um atendimento mais voltado para as suas necessidades.

Embora tenham tido iniciativas como a contratação de profissionais e de informativos na língua espanhola, estas não se mostraram suficientes e as ações não foram institucionalizadas. Eles apontam a necessidade de formulação de novas políticas públicas e de aperfeiçoamento das já existentes, já que tanto os gestores como os profissionais de saúde não estão preparados para atender a especificidade desta população.

Aguiar e Mota (2014) verificaram que os imigrantes bolivianos, do Bairro do Bom Retiro na capital paulista, mudam constantemente de moradia em razão da busca por melhores colocações em outras oficinas de costura, sendo necessário flexibilizar as normativas da ESF para que não se comprometa o vínculo já adquirido

e nem a continuidade do tratamento, em especial o pré-natal e o combate à tuberculose. Entre as adaptações está a de manter o cadastro na unidade mesmo com a mudança para outra área.

Foram feitas também reuniões de sensibilização com os donos das oficinas, para que permitissem que os trabalhadores imigrantes interrompessem o trabalho, para irem as unidades e que possibilitassem, também, a entrada dos agentes nas oficinas para realizarem as visitas domiciliares. As longas jornadas de trabalho, além de implicarem no estado saúde dos bolivianos, ainda provocam limites de tempo para acessar os serviços de saúde. Uma das principais queixas percebidas pelos agentes bolivianos contratados na ESF é a dor muscular em razão das longas jornadas de trabalho, o que promoveu o início de exercícios de alongamento nas próprias oficinas, prestado pela equipe de saúde.

Os profissionais da unidade também fazem participações nas rádios comunitárias bolivianas, passando informações sobre saúde e comparecendo a feiras nas quais os imigrantes frequentam.

Estas estratégias de comunicação e a flexibilização da normatividade, em razão da realidade do território, visam melhorar a interação dos imigrantes com os serviços e a sua integração a sociedade.

Goldberg e Silveira (2013) observaram que o governo da cidade de Buenos Aires faz um discurso da imagem do imigrante boliviano, como pobre e delinquente, para causar medo e insegurança na população. De forma que os imigrantes são vítimas de discriminação e são estigmatizados. Também revelaram, como uma particularidade em relação às imigrantes bolivianas, a violência física e psicológica que sofrem no ambiente doméstico por seus companheiros.

Os mesmos autores encontraram semelhanças entre os imigrantes bolivianos em Buenos Aires e em São Paulo: a maioria em situação de clandestinidade, trabalhos precarizados, chegando ás vezes a escravidão, e estigmatização por parte da população e dos serviços públicos. Os bolivianos enfrentaram obstáculos em hospitais públicos em Buenos Aires e no Brasil. Não obstante tenham verificado um aumento do acesso e da cobertura de saúde aos imigrantes bolivianos, não foram estabelecidas políticas intersetoriais e serviços de saúde que efetivamente realizassem a inclusão deste grupo.

Chubaci e Merighi (2002) realizaram estudo com imigrantes japoneses em um hospital do SUS, também na cidade de São Paulo, e concluíram que a dificuldade

com a língua portuguesa promove reflexos negativos na compreensão da doença, no tratamento e no trato com os profissionais de saúde. Estas condições acabam por provocar um sentimento de insegurança, tanto para explicarem o que sentem quanto para compreenderem o que os profissionais dizem.

A barreira do idioma ainda é agravada quando a doença é mais grave, em razão da maior utilização pelos profissionais de termos técnicos para esclarecê-la; além da dificuldade de compreensão das instruções, durante os procedimentos que dependem da colaboração dos pacientes para serem realizados.

Em razão do problema de comunicação, relatam não conversar com ninguém ao seu redor, levando os ao sofrimento pela angústia e tristeza por não poderem se expressar em detalhes o que sentem. E alguns pensam que se a equipe médica escrevesse em português lhes facilitaria a compreensão. Esta dificuldade é em parte contornada pela ajuda dos familiares que servem de interlocutores, proporcionando-lhes maior segurança, tranquilidade, e consequentemente, ajudam na comunicação com os profissionais e a participação no tratamento.

O fato de ter um integrante da equipe com descendência japonesa foi apontado como facilitador na comunicação. Vários imigrantes se arrependeram de não ter aprendido o idioma português, por terem tido sempre a ajuda dos familiares para se comunicarem. O estudo revelou a importância que a comunicação tanto verbal como não verbal tem no relacionamento interpessoal em processos de hospitalização, e a necessidade de que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para compreender o teor das mensagens enviadas pelos pacientes, de forma a poder prestar uma assistência mais eficiente e adequada às suas necessidades.

Este estudo ajuda a mostrar que o acesso garantido não é suficiente e que outras ações devem ser pensadas para que se promova o bem-estar das pessoas.

Kang et al. (2009) verificaram que os imigrantes coreanos na cidade de São Paulo apresentam mais transtornos psiquiátricos do que a população coreana residente na terra natal. Este resultado mostra que programas de saúde mental devem dar mais atenção a este e a outros grupos de imigrantes, para que tenham uma integração mais saudável, já que a literatura mostra que transtornos psiquiátricos são comuns entre imigrantes.

5.3.2 Zonas de fronteira brasileira

As experiências em zonas de fronteira revelam a complexidade da garantia do acesso à saúde aos imigrantes. Embora os países do cone sul apresentem diversidades econômicas, políticas e sociais, seus territórios apresentam fronteiras que os distanciam de alguns metros.

No entanto os serviços nacionais oferecem acesso aos serviços para os seus cidadãos, mas não para os seus fronteiriços, gerando uma desigualdade territorial e discriminação entre cidadãos iguais, porém vizinhos. Nas zonas fronteiriças podem ocorrer desigualdades assistenciais e discriminatórias, entre pessoas de uma mesma área geográfica, porém pertencentes a países diferentes. Restrições de acesso derivadas dos estados nacionais com delimitação territorial de fronteiras, formulados em políticas de direitos sociais universais, mas que só apresentam valor nos territórios nacionais.

Uma das ações do governo brasileiro voltadas especificamente ao acesso dos imigrantes que residem nas regiões de fronteira foi a criação, em 2005, do Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS fronteiras). Foi desenvolvido com a finalidade de organizar o sistema nos municípios fronteiriços brasileiros com Argentina, Paraguai e Uruguai.

Nogueira e Fagundes (2014) avaliaram o SIS fronteiras entre 2009 e 2011, e identificaram dificuldades no campo da gestão, principalmente, pela descontinuidade administrativa, pela ausência de uma assessoria federal e estadual; e pela mudança da equipe ministerial responsável pelo programa.

Estes fatores não contribuíram para que os objetivos iniciais fossem atingidos, e até mesmo não houve percepção dos autores pelo seu prosseguimento. A partir de 2010, o Ministério da Saúde não se pronunciou mais sobre o andamento do programa.

Jimenez e Nogueira (2009) realizaram estudo na região da Tríplice Fronteira, uma área formada por 03 cidades, cada uma pertencendo a países diferentes, Brasil, Paraguai e Argentina, com um total de 700 mil habitantes. É uma localidade que apresenta um alto fluxo de pessoas, em decorrência do turismo e da cidade paraguaia ser a terceira maior zona franca do mundo.

Há uma situação de desigualdade no acesso à saúde na região, em decorrência da assimetria dos sistemas de saúde, que conferem diferentes

proteções sanitárias. A população dos países vizinhos busca atendimento no Brasil, pelo fato do sistema de saúde brasileiro ser universal e gratuito, diferentemente do caso de Paraguai e Argentina (JIMENEZ; NOGUEIRA, 2009).

Segundo os mesmos autores, na cidade brasileira a população vizinha é atendida em casos de urgência e emergência; e com possibilidade de acesso a outros níveis de atenção por meio de uma autorização da prefeitura local. Relatam que apesar da existência do interesse em estabelecer acordos com as autoridades sanitárias vizinhas, não há fluxos estruturados formais dos serviços de saúde entre as 03 cidades. Pequenas ações conjuntas de vigilância e registros epidemiológicos estão sendo promovidos pela Comissão de Saúde do Comitê da Fronteira e pelo Grupo de Trabalho para a Integração das Ações em Saúde, da Hidroelétrica Itaipu Binacional.

Segundo os autores, no bloco do MERCOSUL, as iniciativas legais e formais ficam paradas no nível dos governos nacionais sem chegar aos municipais, sem provocar mudanças nas desigualdades territoriais fronteiriças.

Giovanella et al (2007) realizaram inquéritos com secretários municipais de saúde de 69 municípios brasileiros que fazem fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai. Concluíram que a procura por serviços do SUS é maior por brasileiros residentes nos municípios estrangeiros do que pelos estrangeiros. Apesar de todos os entrevistados afirmarem já ter prestado algum tipo de atendimento a estrangeiros, foram encontradas barreiras ao acesso tanto para brasileiros não residentes como para estrangeiros, como a necessidade de comprovação de residência brasileira e carência de 30 dias para atendimento a moradores novos.

Embora os secretários relatem um alto atendimento a estrangeiros, a maioria não os registra como tal. Esta falha no registro foi apontada como a principal dificuldade para a continuidade do atendimento e referências para outros níveis de atenção, tanto para as cidades brasileiras quanto para as estrangeiras. Além de dificultar o planejamento das ações, causa um desequilíbrio no orçamento municipal, em razão do repasse financeiro para a saúde ser proporcional ao número de habitantes.

Relataram a não existência de acordos formalmente estabelecidos, apenas iniciativas locais de cooperação e em somente metade dos municípios participantes da pesquisa. Citaram como formas de cooperação o Grupo de Trabalho da Itaipu

Binacional, na fronteira do Brasil com o Paraguai; e a Comissão Binacional Assessora de Saúde da Fronteira do Brasil com Uruguai.

Afirmaram que a formalização de cooperação nas fronteiras favoreceria a garantia da assistência integral, até mesmo para os brasileiros residentes no território brasileiro, em razão da possibilidade do serviço de saúde mais próximo estar no outro lado da fronteira.

Nogueira et al. (2007) realizaram estudo com gestores e profissionais de saúde de 26 municípios brasileiros, nas regiões de fronteira dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina com Argentina, Paraguai e Uruguai.

Os autores revelaram que os estrangeiros não desejam apenas a entrada no SUS mas adquirir outros serviços sociais. Gestantes paraguaias realizam seus partos na cidade de Foz do Iguaçu para que seus filhos possam adquirir outros benefícios socioassistenciais provenientes da cidadania brasileira, caracterizando a situação de pobreza e exclusão social da região.

Destacaram dentre os resultados encontrados as diferentes concepções pelos entrevistados do direito à saúde dos estrangeiros, o que pode gerar negativas ao acesso, ou apenas o atendimento em casos de urgência e emergência, levando a incertezas quanto a garantia do direito.

As estratégias e as práticas para a inclusão, e a oferta dos serviços de saúde aos estrangeiros foram geralmente pontuais, nem sempre direcionadas as necessidades de saúde, sem uma padronização uniforme e não adquiriram visibilidade a ponto de se tornarem institucionalizadas. Verificaram ainda que os acordos e pactos firmados pelos governos nacionais não tiveram repercussão, e nem eram de conhecimento por parte de alguns entrevistados.

Destacaram como pontos positivos na busca dos serviços no SUS, a gratuidade do sistema e a qualidade do atendimento; e como negativos, a ESF pela adscrição da clientela, restringindo se a usuários residentes em um território específico; e o cartão SUS, em função da necessidade de comprovante de residência brasileira para seu registro e aquisição.

Foram poucos os aspectos culturais apontados pelos entrevistados que interferiram na interação com os estrangeiros, dentre eles: o alto número de indígenas, o idioma guarani e a crença na medicina natural.

5.3.3 Perspectivas brasileiras

O Brasil apresenta uma área territorial imensa com consideráveis variações internas e com regiões marcadas por deficiências socioeconômicas como: baixo desenvolvimento, deficiência de infraestrutura, dinâmicas econômicas frágeis, déficit de cobertura em ações de saúde e imigrações.

Todavia, o país possui um sistema de saúde com cobertura universal, descentralizado e com participação popular que colabora para acordos de cooperação e regulação dos serviços de saúde em processo de integração regional.

Além do fato que a vasta faixa fronteiriça brasileira adquire suma importância na busca pelo mercado único assim como afirmam Giovanella et al. (2007, p. 264): “as fronteiras são laboratórios do enfrentamento de dilemas da integração, antecipando repercussões da criação de mercados comuns sobre os sistemas de saúde”.

As experiências nas regiões fronteiriças ajudam na identificação das dificuldades dos cidadãos que buscam o direito à saúde e enfrentam discriminação no acesso aos recursos, que deve ser considerado no contexto de um sistema sanitário, e na perspectiva de uma nova cidadania que se pretende na UE e no MERCOSUL.

Até porque a circulação de produtos no bloco SUL já exige a inclusão de questões das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, e a harmonização no campo da saúde é imperativa, em função do processo de integração que tende cada vez mais a se aprofundar.

A condição de saúde dos imigrantes está entre os pontos mais sensíveis para a concretização da inserção social e integração à sociedade. Portanto, é preciso pensar nas consequências negativas que a imigração traz para a saúde e a responsabilidade do Estado para com a saúde desta população.

Uma responsabilidade que se amplia para os blocos de países em processos de integração regional, como o Brasil, é a assistência à saúde individual, tornando necessária a criação de políticas de inclusão não discriminatórias, estruturadas em bases éticas, para que se obtenha resultados eficazes.

O direito à saúde discutido sob a perspectiva dos direitos humanos pressupõe o respeito à dignidade humana e o dever dos Estados em garantir condições para o exercício deste direito através de leis e políticas públicas.

Foi possível identificar nos estudos analisados uma defesa da cultura dos direitos humanos e da difusão de princípios éticos relacionados ao acesso universal, sem discriminação e gratuidade da assistência à saúde.

E dentre estes princípios se sobressaiu o da proteção à pessoa, como fundamento moral do dever estatal de proteger e garantir acesso à saúde dos imigrantes por meio de ações voltadas às necessidades deste grupo, na perspectiva de ética de responsabilidade e justiça social global.

É importante ressaltar que embora não exista uma normatização específica para o acesso à saúde pelo imigrante no Brasil, os princípios normativos adotados pela Constituição Brasileira e Lei Orgânica do SUS não vedam o acesso universal do imigrante ao SUS, seja ele regularizado ou não, membro ou não do cone sul.

No entanto, em parecer produzido pela Advocacia Geral da União em 2008, o estrangeiro com visto de turista ou em trânsito, ou que resida nos locais de fronteira com o Brasil, não goza dos mesmos direitos que os brasileiros, devendo-se celebrar acordos bilaterais/multilaterais que prevejam a assistência terapêutica (OLIVEIRA, 2010a). Tal exigência pode ocasionar barreiras ao direito humano à saúde.

Em contraste, foram apontados avanços nos processos de integração social dos imigrantes em algumas cidades brasileiras, que tem envolvido a criação de novas formas de atuação em saúde, com ações e estratégias específicas, processos de trabalhos mais expandidos e flexíveis.

Os estudos empíricos apontam uma valorização de princípios bioéticos na assistência ao imigrante, favoráveis às garantias do direito humano à saúde. Mas é certo que há ainda um longo caminho a percorrer para superar os obstáculos no cumprimento deste direito.

Embora a legislação do país, em termos de saúde, esteja em concordância com os preceitos éticos de respeito à garantia dos direitos humanos internacionais, os estudos revelaram iniquidades no acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes, tendo os vivenciado enfrentamentos éticos no tocante à equidade, universalidade e não discriminação.

Destaca-se que as medidas realizadas em São Paulo, como a contratação de trabalhadores bolivianos e informativos em espanhol, se mostraram isoladas e sem garantias político-institucionais. A dificuldade de comunicação pelo não conhecimento do idioma e o comportamento dos profissionais nos serviços de saúde

também foram pontuados negativamente, com relatos de situações de discriminação.

Os profissionais e os gestores não se mostraram estar preparados quanto as diferenças socioculturais e os aspectos éticos dos imigrantes, e nem sobre a legislação correspondente a proteção dos direitos dessa população.

Aspectos de direitos humanos e bioéticos como a não discriminação, a igualdade, e o respeito às diferenças e especificidades dos imigrantes merecem especial atenção, considerando os relatos de violação também nos estudos das regiões de fronteira brasileira.

Para a garantia do direito ao acesso integral e universal aos serviços de saúde nestes locais, é recomendável a realização de acordos de cooperação e de atividades conjuntas, que estabilizem as políticas e programas, e enfrentem, em conjunto, as dificuldades apresentadas frente à complexidade do processo de integração regional nos serviços de saúde.

A criação de políticas de saúde, como a ESF e o cartão SUS, ao mesmo tempo em que se mostraram potencialmente favoráveis ao acolhimento da população migrante, apresenta aspectos que merecem ajustes para afastar alguns obstáculos identificados nos estudos nas regiões fronteiriças. Assim como a melhoria do registro das informações sobre os imigrantes se mostrou como aspecto importante para a assistência, considerando as fragilidades identificadas nos estudos.

Apesar das dificuldades e limitações apresentadas, o Brasil vem buscando implementar o direito humano à saúde também para os imigrantes. Mas, o fato da legislação brasileira estar em acordo com os preceitos éticos dos direitos humanos, não está sendo suficiente para atender as necessidades específicas dos imigrantes residentes, e nem os que se encontram em trânsito ou em fronteira.

Desta forma, é necessária a busca constante de novas formas de atuação, criação de ações, estratégias e políticas que prevejam a igualdade, a não discriminação e reforcem o cumprimento do direito humano à saúde.

Embora o âmbito dos estudos da revisão tenha ficado restrito a cidade de São Paulo e uma faixa da região de fronteira, não representando a totalidade dos imigrantes no país, foi possível visualizar questões que merecem ser destacadas.

A criação de novas estratégias tanto para a incorporação como para a continuidade da assistência aos imigrantes, na cidade de São Paulo, pretenderam

englobar os determinantes sociais e subjetivos da saúde e doença, e se revelaram primordiais para se alcançar um sistema mais efetivo.

Apesar das dificuldades na garantia de processos assistenciais éticos, o modelo do SUS favorece processos de trabalho mais flexíveis, com novas modalidades de acesso e de atuação mais adequadas à realidade da região, dentro do contexto socioambiental.

No entanto, as tentativas que obtiveram sucesso precisam ser institucionalizadas para não correrem o risco de se perderem com mudanças de gestão e não se tornarem sustentáveis.

É de suma importância que as políticas de saúde sejam desenvolvidas e aplicadas em conformidade com as necessidades das populações migrantes, e que os profissionais das unidades de saúde sejam devidamente instrumentalizados e preparados para atuar junto a eles.

A igualdade e a inclusão dos imigrantes nas políticas de saúde envolvem a reorganização dos serviços, dos profissionais que lhe dão corpo e dos sistemas de saúde.

As normas e princípios internacionais dos direitos humanos são compartilhados pela Bioética, ao reconhecerem a necessidade de proteger a dignidade da pessoa humana e assegurar valores essenciais comuns como a saúde.

Na análise bioética das práticas assistenciais e políticas relacionadas aos imigrantes no Brasil, o estudo aponta que o país vem procurando respeitar o direito humano à saúde não apenas para os imigrantes provenientes do MERCOSUL, mas também para o de outras origens.

Promover a solidariedade entre os Estados bem como indivíduos e grupos, com especial atenção aos suscetíveis e vulneráveis como os imigrantes, é condizente com o princípio da cooperação internacional dos direitos humanos,

Mas é necessário que o país crie e aperfeiçoe constantemente as normas e práticas, para que se alcance a responsabilidade ética com esta população, e o acesso à saúde no Brasil se consolide como um direito humano universal, principalmente nas regiões de fronteira.

6 PROPOSTAS POSSÍVEIS AOS CONFLITOS IDENTIFICADOS

Pela possibilidade de os imigrantes dos blocos econômicos não terem acesso garantido pelos Estados às ações e serviços de saúde na UE, MERCOSUL e Brasil, que surgiram os questionamentos do que deve ser feito do ponto de vista moral.

Devem os países ter que arcar com mais estas despesas? Se o imigrante jamais contribuiu para a seguridade social do país, é justo que tenha igual direito ao acesso e tratamento? Proteger os sistemas nacionais de saúde de um alto fluxo migratório poderia ser considerado uma medida justa? Respostas a estas dúvidas baseadas em argumentos para manter o equilíbrio financeiro, pela simples razão do critério econômico, não são consideradas inconsistentes moralmente para justificar a recusa em assegurar o direito à saúde do imigrante? A este respeito, que princípios éticos podem, de fato, ser invocados para que os imigrantes tenham o direito ao acesso à saúde?

O princípio moral da proteção foi o escolhido como proposta para oferecer respostas a estas questões, por ele ser apontado tanto pelos Direitos Humanos como pela perspectiva da bioética da proteção. Discutiremos a sua aplicação no acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes como um problema de bioética e testaremos a sua validade para confirmar se é apropriado ou não, suficiente ou não. A partir das reflexões acerca de valores e princípios nas situações de conflito na imigração, é possível aplicar o princípio da proteção relacionado a outras questões como a discriminação, igualdade e liberdade.

O reconhecimento e a incorporação do direito à saúde, como relativo à dignidade humana em leis e tratados nacionais, internacionais e transnacionais responsabilizam o Estado em proteger à saúde das pessoas e a garantir-lhes o acesso sem qualquer forma de discriminação ou desigualdade. Mas as jurisprudências do TJUE; a revisão dos estudos no Brasil; e as legislações europeias, mercosulinas e brasileiras expressam as dificuldades no direito à saúde pelos imigrantes dos blocos.

Apesar dos tratados, pactos e declarações que dizem respeito aos direitos humanos terem a concordância da comunidade internacional, nenhum dos direitos, inclusive o da saúde, é respeitado de maneira uniforme pelas nações, o que fez surgir o conflito moral que justapõe dois deveres estatais: o respeito pela vida digna e decente no cumprimento do direito humano a saúde versus a sustentabilidade das

políticas sociais e a necessidade de equilíbrio financeiro. Como natureza do conflito, o objetivo social confrontando o imperativo econômico. A tensão está exatamente na passagem de recolocação da saúde e políticas sanitárias como políticas econômicas exclusivamente, com a visão de blocos econômicos sem a dimensão social.

Corroborando com a tese do imperativo econômico para restringir direitos sociais, trazemos a informação que recentemente o Brasil votou contra Resolução do Conselho de Direitos Humanos[7] para monitorar os impactos das políticas fiscais, sob o argumento de que a medida é contrária às reformas econômicas do governo. O Conselho tem o propósito de proteger os direitos humanos previstos na DUDH e na Carta da ONU. Este fato nos revela a condução do país priorizando a economia em detrimento do social.

A mobilidade dos cidadãos não só na UE mas em todo o globo é uma realidade, seja por razões de estudo, turismo, profissional ou pessoal. Isto é suscetível de traduzir em um número cada vez mais significativo de casos imprevistos de necessidades de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, nos quais os Estados Membros não podem controlar. Por isto, é necessário que se pense em medidas para incluir estes imigrantes nos sistemas nacionais de saúde. E a utilização de critérios econômicos para restringir o seu acesso pode ser considerada moralmente questionável por representar discriminação. Por isto, utilizaremos como argumento da tese, a aplicação do princípio da proteção à saúde como norteador do direito humano social à assistência à saúde. Propomos como alegação a necessidade de dar amparo, abrigo, a esta população que está suscetível (ameaçada) ou vulnerada (afetada) em sua saúde, garantindo o seu direito até que sua autonomia seja restaurada para que possa ter uma vida digna.

Na imigração presente em qualquer país, tenha ele desenvolvimento sócio econômico alto ou não, pode estar presente sujeitos desamparados ou desprotegidos em razão da exclusão social, isolamento, não domínio do idioma e condições precárias de moradia e saúde. A proteção é fundamental para defender

---

[7] Trata-se de órgão vinculado à Assembleia Geral da ONU e também ao Conselho Econômico Social. Realizam procedimentos especiais para investigar violações de direitos humanos (com peritos especiais), relatorias especializadas (com relatores) e recebe denúncias (de indivíduos ou grupo de indivíduos) para comprovados casos de graves violações que sejam padrão no país. É composto pelo mecanismo de revisão periódica universal (em que os Estados submetem relatórios anuais), pelo comitê consultivo e pelo procedimento de reclamação (http://justificando.cartacapital.com.br/2017/03/24/voto-brasileiro-contra-resolucao-do-conselho-de-direitos-humanos-e-simbolo-do-retrocesso/#_ftn1).

os sujeitos de ameaças que possam eliminar seus direitos fundamentais como a saúde.

Ao formular argumentos em busca de soluções que possam ser acolhidas por todos os envolvidos, procuramos avaliar as suas consistências como uma atitude moralmente correta, em situações concretas a serem vividas pelos imigrantes, no acesso aos serviços de saúde do ponto de vista do princípio da proteção.

É conhecida a necessidade de os Estados protegerem os seus sistemas e serviços nacionais de saúde, com medidas de controle de suas despesas visando a manutenção do seu equilíbrio financeiro, já que os recursos são reconhecidamente escassos em todo o globo. Os esforços de planificação dos sistemas nacionais objetivam garantir uma oferta de serviços racionalizada, estável, equilibrada e acessível; e uma ruptura deste equilíbrio poderia gerar perda ou diminuição da proteção à saúde para os seus próprios nacionais, inclusive para os beneficiários das camadas sociais mais desfavorecidas, agravando ainda mais o quadro sanitário em países nos quais já se apresenta precário, como no caso do Brasil.

Porém, segundo Alber e Kohler (2004), a necessidade dos ajustes macroeconômicos é razão para as restrições impostas às medidas sociais e Busse et al. (2002) demonstraram que o fluxo de pacientes nos sistemas de saúde da União Europeia representou pouquíssimos gastos em saúde, nos fazendo pensar que o impacto do número de imigrantes (não estão incluídos aqui os refugiados e asilados) que poderão utilizar os serviços distribuídos pelos vários países, não é tão expressivo a ponto de justificar desigualdade no acesso aos serviços, mesmo nas regiões fronteiriças onde se observa um maior trânsito. Existem outras formas de racionalizar a alocação dos recursos, evitando o seu desperdício, e sem comprometer a assistência. Inclusive a prestação de medidas de promoção e prevenção de saúde a todos, incluindo também os imigrantes, é uma das formas para evitar, posteriormente, mais gastos com procedimentos curativos.

Portanto, o acolhimento do imigrante não deverá causar um alto impacto financeiro, de forma que entraves ao seu acesso não podem ser justificados por colocar em perigo o equilíbrio financeiro das seguridades sociais nacionais. Motivos de natureza puramente econômica, considerados em isolado, não podem representar fator de discriminação, já que violaria o princípio da igualdade, e, portanto, seria injusto, incorreto moralmente. É preciso sim manter o equilíbrio financeiro e assegurar a capacidade de assistência médica, mas que propicie

igualdade no acesso aos serviços e forneça prestações médicas nas mesmas condições que as oferecidas aos nacionais.

Considerando que o imigrante faz parte de um grupo populacional que pode passar por situações de desrespeito e preconceito, e se encontrar na condição de suscetível ou vulnerado, protegê-lo torna-se prioritário, fazendo-o merecedor legítimo de amparo, devendo ser assegurado proteção ao seu direito à saúde por parte dos Estados.

Ao aplicar em conjunto a BP e o conceito dos direitos humanos, intende-se preparar os imigrantes e a sociedade para torná-los emancipados socialmente para o enfrentamento dos conflitos em prol da dignidade humana. O direito humano como fundamento da moral, de amparar e proteger o outro, em um ideário de igualdade, no reconhecimento universal de todos de forma semelhante, sem diferenças. Agir segundo os princípios da proteção e direitos humanos, tendo-os como horizonte ético e político, significa proteger o direito do outro, proteger em situações de desamparo, de doença, de restrição de acesso, nas quais a igualdade esteja limitada, dando-lhe condições para exercer seus direitos.

A imigração trouxe consigo novas questões éticas para o campo da saúde pública, como a obrigação de o Estado assegurar um mínimo digno de cuidados de saúde para este grupo. Saúde é uma necessidade essencial e necessária para outras necessidades, e por isto precisa ser resguardada. Este coletivo merece os esforços do Estado e da sociedade para ser cuidado, protegido, defendido, na busca por uma vida digna.

Após esta introdução na qual discutimos a pertinência da aplicação do princípio da proteção no direito à saúde pelo imigrante, revisitaremos os conflitos identificados e iremos sugerir propostas para resolvê-los ou diminuí-los

A jurisprudência da UE, uma das fontes da nossa pesquisa, é formada pelas decisões de interpretação da legislação pelo TJUE. A aplicação dos direitos e deveres não se aplica apenas aos Estados Membros, mas também aos cidadãos e empresas.

Como o direito comunitário na UE, especificamente o artigo 22º do Regulamento, prevê uma coordenação e não uma harmonização das legislações dos Estados membros, cada Estado organiza seu sistema de seguridade social, as medidas relativas ao âmbito e condições, especificamente de prazos, e a oferta de serviços de saúde no seu território. Com isto, permite se que existam diferenças

entre os regimes nacionais de seguridade social refletindo nos direitos das pessoas. E por causa destas diferenças que ocorreram os litígios no TJUE.

O TJUE prevendo as evoluções necessárias da oferta de cuidados preventivos e curativos pelos Estados Membros, proferiu várias declarações constituindo a jurisprudência sobre a matéria. As declarações buscam adaptar e complementar as normas legais a fim de responder às necessidades de saúde dos cidadãos e a melhoria da qualidade, acessibilidade e eficiência da organização sanitária. O TJUE foi consagrando uma doutrina casuística ao longo dos anos de modo que as pessoas podem invocar os artigos 22º da Regulamentação ou recorrer diretamente às jurisprudências.

As jurisprudências do TJUE esclareceram os direitos no acesso aos serviços de saúde em outros Estados Membros, promovendo uma importante contribuição para a comunidade europeia, não se restringindo apenas aos reivindicantes dos processos judiciais, o que pode ter causado a diminuição crescente do número de pedidos, mas não garantiram integralmente o direito humano à saúde ao restringir o acesso a serviços hospitalares e exames de alta complexidade tecnológica. Não garantiram nem mesmo o direito à liberdade de se locomover na busca de serviços de saúde presentes em suas legislações. Ou seja, incoerência entre os direitos até mesmo nos civis e não apenas nos sociais. Apesar do tema central da tese ser o direito social à saúde, a pesquisa mostra que os conflitos atravessaram outros direitos humanos.

As jurisprudências nos revelaram que mesmo com regulamentos e tratados afirmando o direito humano à saúde, o conflito moral da restrição do acesso permanecerá, pelo menos para certos serviços em saúde, que são considerados de custos mais altos. O bloco europeu deixa a critério de cada país diminuir este limite, o que provavelmente não ocorrerá na prática. Com isto, corre se o risco de imigrantes, em países com sistemas de saúde, de justiça, de participação popular e de desenvolvimento socioeconômico frágeis, não terem o acesso ampliado e talvez, nem o mínimo garantido pelas jurisprudências.

E no Brasil não foi diferente. Embora o Estado tenha o dever constitucional e também pelas leis da saúde, de proteger à saúde de forma universal, gratuita, igualitária e integral, este direito não é o vivido na prática pelo imigrante, tendo sido mostrado dúvidas e divergências quanto ao seu cumprimento, com situações de discriminação e recusa do acesso, principalmente nas regiões de fronteira.

No caso brasileiro, o conflito moral se evidenciou mais pelo preconceito e pela falta de conhecimento dos direitos em saúde dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde, do que propriamente pela imposição econômica para limitar gastos. Não que o fator econômico não seja uma alegação constante utilizada pelo Estado para justificar a falta de procedimentos e medicamentos na rede nacional, mas não direcionam a culpa aos imigrantes, e sim a um sistema, que dizem já estar sobrecarregado com os nacionais. Se houvesse uma legislação específica para a saúde do imigrante, as restrições ao acesso poderiam ter sido menores, mas adiantaria pouco se não fosse divulgada e esclarecida para os profissionais que lidam com a saúde ou se posteriormente, estabelecessem exceções, como no caso da UE. De forma que está claro que mesmo com uma legislação, é necessário esclarecimento, conscientização, e a participação da sociedade na busca para fazer cumprir o direito de todos.

Em relação ao MERCOSUL, a normatização existente se restringe basicamente a questões de vigilância epidemiológica e sanitária. Apesar de estarem realizando ações no campo social objetivando a igualdade de direitos, incluindo a saúde, ainda são incipientes, até mesmo porque o bloco é recente, tem apenas 2 décadas. Pelo fato de não haver uma legislação específica para a saúde determinando o seu conteúdo e a forma como este direito humano deva ser realizado pelos Estados Partes, que acaba por ficar a critério de cada país a sua operacionalização, o que poderá abrir espaço para que ocorram conflitos morais, com situações de desigualdade e até mesmo ausência do direito, principalmente pelo caráter de não universalidade e não gratuidade dos sistemas de saúde da maioria dos países membros.

O distanciamento entre o direito à saúde e o vivenciado por suas transgressões reflete a falta da responsabilidade dos Estados na defesa, promoção e garantia deste direito humano a todos.

De forma que ao examinar a luz da jurisprudência do TJUE pertinente sobre a matéria, se confirmou a tese de que as regulamentações nacionais de seguridade social (disposições nacionais) não estão respeitando os direitos humanos internacionais garantidos pelos Tratados, tendo o próprio TJUE criado algumas exceções.

Embora o artigo nº 49 TCE se oponha a qualquer legislação que torne a prestação de serviços dos Estados Membros mais difícil do que a prestação de

serviços puramente interna a um Estado Membro, o TJUE declarou que a exigência de uma autorização prévia pode ser justificada no contexto de cuidados hospitalares e de exames de alta complexidade (como por exemplo, ressonância magnética e tomografia) em ambiente hospitalar, em razão dos seus custos serem dispendiosos.

Ou seja, ainda que na UE, a restrição à livre prestação de serviços só possa ser justificada pelos seguintes casos:

a) por constituir risco grave ao equilíbrio financeiro;

b) por derrogações fundadas em razão de saúde pública, se contribuir para um nível elevado de proteção da saúde, na medida em que a manutenção de uma capacidade de tratamento ou de uma competência médica no território nacional seja primordial para a saúde pública ou para a sobrevivência da população.

O TJUE proferiu as restrições a alguns serviços pelos seus custos serem altos, sem ter ponderado sobre a relevância para a proteção à saúde ou justificado a derrogação, como por exemplo, por meio de um estudo de custos. Preferiram ferir a sua própria normatização e promover discriminação e desigualdade nos seus serviços nacionais de saúde.

As seguridades sociais nacionais organizam seus sistemas de saúde respeitando o volume, qualidade, eficácia e custos dos serviços visando a planificação das necessidades, controle das despesas, qualidade dos serviços, equivalência das prestações e igualdade de tratamento. Os esforços de planificação e racionalização são para evitar fenômenos de capacidade além da necessária, desequilíbrios na oferta e desperdícios. Um elevado nível de proteção da saúde pública representa garantir no território um serviço médico e hospitalar de qualidade, equilibrado e acessível a todos; e uma estabilidade financeira do sistema de segurança social. Portanto, qualquer tipo de restrição sem justificativa para a prestação dos serviços estaria indo na contramão do que é preconizado em termos de acessibilidade e proteção.

E também pelo princípio da livre circulação de pessoas na Comunidade da UE, as pessoas beneficiárias de seguridade social têm direito a prestações de saúde em espécie quando se encontrarem em outro Estado Membro. O artigo nº 22 do regulamento 1408/71 contribui tanto para a livre circulação de beneficiários quanto para a prestação de serviços médicos transfronteiriços entre os Estados Membros. A livre prestação de serviços inclui a liberdade dos beneficiários se deslocarem a outro Estado Membro para se beneficiarem de serviços. Os Estados devem respeitar o

direito da União, sobretudo as disposições sobre a livre prestação de serviços. Mas como o direito à assistência aos serviços de saúde é diferente em cada Estado Membro, não há o respeito efetivo aos direitos dos beneficiários da seguridade social de outro país membro. Os Estados procuram diminuir o número de autorizações para tratamentos programados dos seus próprios beneficiários em outro Estado Membro; e as prestações não cobertas pela seguridade social nacional não podem ser realizadas em outro Estado Membro, ficando negada a sua autorização.

O regulamento nº 1408/71 foi atualizado e alterado inúmeras vezes em razão da evolução a nível comunitário, e o regulamento nº 883/2004 (UNIÃO EUROPEIA, 2004) manteve objetivos idênticos, contribuindo pouco para tornar menos extensas e complexas as regras comunitárias de coordenação. A substituição das regras de coordenação das legislações nacionais de seguridade social por outras mais simplificadas e menos restritivas é essencial para alcançar a livre circulação de pessoas e o livre acesso aos serviços de saúde na UE.

É necessário também promover a conformidade das legislações e das práticas nacionais com a jurisprudência do Tribunal de Justiça relativas às regras do mercado interno, no domínio dos cuidados de saúde. Realizar as alterações nas legislações nacionais a fim de se adaptar à jurisprudência decorrente dos acórdãos, pelo menos referente aos cuidados que não sejam hospitalares ou realizados em seu ambiente, para que os motivos das restrições ocorridas nos litígios do Tribunal não venham a ser repetidas pelos Estados Membros, pois a ausência de novos casos não significa necessariamente que medidas restritivas não estejam ocorrendo.

Muito embora alguns conflitos tenham sido contornados pelas jurisprudências, tais como, não diferenciar se a prestação dos serviços de saúde é gratuita ou não, pública ou privada; não estendeu o princípio da liberdade da prestação de serviços e circulação das pessoas na busca pelos serviços hospitalares e por exames de alta complexidade tecnológica. Permaneceu a exigência de uma autorização prévia restringindo princípios bioéticos fundamentais dos direitos humanos e dos Tratados da União Europeia, o da liberdade, igualdade e respeito à dignidade humana.

O artigo nº 49 TCE preconiza que não pode haver restrição injustificada e desproporcional à livre prestação de serviços, não podendo haver discriminação em razão da nacionalidade. Sendo assim, sugerimos que os sistemas nacionais de saúde e as legislações em saúde adotem o princípio da proteção acrescido da

perspectiva da hospitalidade incondicional de Derrida, visando a redução da suscetibilidade e vulneração, como nos moldes que a ONU exige o respeito à proteção viabilizando o atendimento de forma efetiva, garantindo o direito humano à saúde, tanto para os casos de imigrantes membros da UE sem inscrição na seguridade social do seu Estado Membro; como de imigrantes membros da UE mas não regularizados; e mesmo para os imigrantes não membros da UE, bastando apenas apresentar o documento de identificação; e também para os imigrantes membros beneficiários de seguridade social visando o atendimento integral, sem restrições de procedimentos e serviços.

As instituições e os Estados nacionais membros da UE adotariam políticas de complementação para estes casos; ou solicitariam medidas compensatórias ou contrapartidas para o Estado de origem do imigrante; ou para os fundos nacionais, europeus ou internacionais.

A garantia do acesso do imigrante, do seu acolhimento incondicional, seria uma forma de protegê-lo e de que ele viva com dignidade humana, até que tenha sua autonomia para seguir em frente. Por isto, a importância de um acesso sem discriminação e desigualdade, porque além de proteger sua saúde, atitudes discriminatórias e de intolerância podem provocar uma maior dificuldade de sua inserção social. E o processo de integração regional pode representar um importante papel nesta questão e contribuir enormemente. Pela maior possibilidade de cooperação e trocas entre os países, podem ser somados os esforços no cumprimento do direito à saúde, promovendo a diminuição da exclusão e das assimetrias sociais. Pretende se com a igualdade de acesso e assistência, e ao mesmo tempo respeitando as diversidades socioculturais, se construa um processo de integração nos blocos econômicos, no qual há respeito igual pelas pessoas e preocupação com os direitos humanos.

Baseados supostamente no respeito às liberdades individuais, a normativa, os Tratados e a Constituição da UE definem a saúde, na qualidade de prestação individual, como um serviço, mas adotando uma perspectiva econômica na qual considera a saúde como um bem de consumo e empresa, uma mercadoria; e os destinatários das políticas sanitárias como clientes, fazendo com que a saúde seja um bem regido pelas leis do mercado, regulado pelo poder público e não no sentido de um direito humano social. Os próprios conflitos jurídicos presentes nos litígios do TJUE foram resolvidos com a aplicação do princípio da livre circulação de pessoas e

prestação de serviços seguindo esta concepção de saúde. Mas se houvesse uma luta para a cobertura universal dos serviços de assistência para os imigrantes na UE, e que o acesso à saúde seja considerado um direito social e não na lógica do mercado, poderia ser mais um dos caminhos (soluções) para a incorporação do direito à saúde, como um valor moral de uma boa vida com dignidade.

A saúde como é na definição da UE, incluída no rol de mercadorias, produtos e serviços, facilita, quando está presente o nível de integração do mercado comum, a circulação de pessoas; o estabelecimento de serviços por profissionais de outros Estados Membros; e a importação e exportação de produtos de saúde, mas não garante o acesso aos serviços nacionais de saúde, já que há a obrigatoriedade do sujeito ser afiliado a alguma seguridade social nacional. No caso de imigrantes mesmo membros do bloco econômico, mas ainda não regularizados; ou para aqueles membros, mas não possuidores de seguridade social; ou para os não membros do bloco; não há garantia de qualquer direito. E mesmo seguindo a lógica de mercado, de saúde como mercadoria, não assegura aos segurados (beneficiários) membros da UE a autorização para o acesso a despesas hospitalares e exames de alta complexidade em ambiente hospitalar. De forma tornar-se imprescindível a conscientização e o apoio da comunidade europeia na luta por fazer valer o cumprimento dos princípios de sua própria normatização, como a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, a qual preconiza que a dignidade do ser humano é inviolável e que deve ser respeitada e protegida.

E esta perspectiva de saúde como um bem de consumo não é adequada para se reportar ao Brasil e nem ao MERCOSUL. O Brasil pelo caráter universal do SUS e a saúde ser um direito social, a lógica de considerá-la como uma mercadoria poderia causar mais conflitos do que maneiras possíveis de resolvê-los. A saúde brasileira estatal é gratuita, universal, igualitária e integral. Não há necessidade de qualquer contribuição financeira ou filiação a alguma seguridade social para o seu direito. De forma que a saúde, considerada de maneira isolada, apenas como um bem de consumo, como ocorre na lógica mercadológica da UE, provavelmente não colaboraria para o seu acesso. Sendo assim, é preferível a saúde se manter como um direito social, como preconizada pela Constituição Brasileira de 1988 e as leis de saúde. Só que os episódios de discriminação e desigualdades descritos nos estudos brasileiros demonstram que as legislações não estão sendo suficientes, inclusive para as regiões fronteiriças. Para que os imigrantes tenham o acesso garantido deve

ser exigido o seu cumprimento pelo Estado e a sociedade tem um papel crucial na luta em prol deste grupo. A capacitação permanente dos profissionais que lidam com a saúde a respeito dos direitos, e políticas públicas de saúde embasadas no princípio da proteção e da hospitalidade incondicional são outros meios de colaborar na efetividade deste direito humano.

No MERCOSUL, indicamos a formulação de uma normatização específica para a saúde, pois os países membros não apresentam nenhuma regulamentação para o acesso aos serviços transfronteiriços, e como já vimos, seria de grande contribuição até mesmo para o Brasil. Ainda mais pelo fato de que a maioria dos países do cone sul não apresenta sistemas de saúde universais, gratuitos e sem contraprestação; além de estarem envolvidos em graves crises econômicas. A ausência de uma legislação pode contribuir enormemente para a recusa do acesso do imigrante aos serviços de saúde. Seja pela ausência de uma regulamentação do direito com instrumentos interinstitucionais definidos; seja pela falta de sistemas universais de saúde; seja pelo controle dos custos. Mesmo quando existem legislações encontramos restrições, vide os exemplos da UE e Brasil. Sem legislação, a situação pode ser ainda pior, não se tem como cobrar dos Estados e os imigrantes podem ficar expostos a condições de desigualdade e discriminação, e não ter garantido o seu direito humano à saúde. Mas a regulamentação deve ser mais simplificada que a da UE para facilitar a compreensão dos direitos, tanto pelos imigrantes como pelos profissionais dos sistemas e serviços nacionais dos Estados membros.

E como também os países do MERCOSUL estão em fase de integração alfandegária, sem a livre circulação de serviços e pessoas, com um grande número de sujeitos ocupando trabalhos informais e desempregados, sem contribuir para alguma seguridade social, é mais pertinente permanecer com a condição de saúde como direito social e estimular a criação de uma regulamentação com acordos de cooperação e trocas compensatórias entre os Estados Membros ou fundos transnacionais. No MERCOSUL já existem incentivos, subsídios e medidas compensatórias para o comércio intrazona. Pode se empregar a experiência destas regras e expandi-las para a saúde.

Como também aproveitar a experiência da UE, como o regulamento nº 1408/71 que trata especificamente de regular o acesso aos serviços nacionais de saúde. Os seus procedimentos operacionais detalhados podem contribuir para a

construção de um próprio para o MERCOSUL; e a jurisprudência do TJUE ao revelar os principais conflitos, nos permite antever as soluções, e com isto tentar evitar que episódios similares possam ocorrer também na região sul-americana, procurando construir uma normatização que já inclua a maioria dos motivos das causas demandadas, evitando as restrições ao direito humano à assistência à saúde.

A criação de uma normatização para a saúde pode ajudar no fortalecimento e no progresso do processo de integração, e dos sistemas nacionais de saúde do bloco sul-americano, principalmente ao pensar em um futuro mercado comum. Diminuindo a exclusão e a desigualdade social entre as pessoas e países, favorecerá o desenvolvimento econômico e proporcionará condições mais digna.

Por isto, é importante lutar para o desenvolvimento contínuo do MERCOSUL, pois o direito humano à saúde sendo normatizado passa a ser compartilhado pelos países envolvidos, e o investimento em saúde promove coesão econômica e social, tão necessária a esta região sul.

E uma das recomendações que perpassa a UE, MERCOSUL e Brasil, é a formulação ou a adequação das normatizações e dos sistemas nacionais de saúde embasados nos princípios dos direitos humanos e da bioética da proteção, visando proporcionar por meios legais e éticos, o cuidado e proteção a todos os sujeitos de direito; a não discriminação; a garantia da liberdade e da igualdade, buscando legitimar o direito humano à saúde e proporcionar ou ampliar o seu acesso, onde ele é inexistente ou precário.

Procuramos demonstrar a importância de pensar no direito à saúde aos imigrantes e em protegê-los, inclusive através de normas. O acesso, para ser considerado eticamente aceitável, deve respeitar as normas e os tratados nacionais e internacionais, mas o estudo nos mostrou que não é isto que ocorra na prática, com o surgimento de resistências, dúvidas e restrições nos serviços de saúde nacionais da UE e Brasil. Embora as normas jurídicas legitimem o direito à saúde, vem mostrando não ser suficiente na UE para os não membros dos blocos, membros não possuidores de seguridades sociais nacionais, e até mesmo para a totalidade do direito à saúde dos membros beneficiários de seguridades sociais. Por isto, a necessidade de cobrar constantemente dos Estados o seu papel, e lutar constantemente pela construção e efetivação do direito humano à saúde.

Para Freitas e Schramm (2013, p. 325) “é razoável exigir do Estado” que se pretenda moralmente legítimo e eficiente, “medidas protetoras capazes de dar conta

da fragilidade da vida” não só diante das doenças, mas também “antecipando soluções à vulneração” dos sujeitos.

O Estado precisa ter como direção: a responsabilidade social para todos; o comprometimento da população; a preocupação na alocação dos recursos na gestão do sistema e na formação com princípios bioéticos dos profissionais que lidam com a saúde. Desigualdades podem ser diminuídas por políticas fundamentadas na responsabilidade social e igualdade, na proteção das pessoas observando suas diferenças, e em um posicionamento de compreensão e solidariedade para ultrapassar a realidade desfavorável das condições de saúde (CAPONI, 2000).

Nesse sentido, os imigrantes que se direcionam aos serviços de saúde nacionais podem ter sua condição de suscetíveis ou vulnerados amenizada pelo compromisso dos Estados e dos profissionais dos serviços nacionais em assegurar a sua proteção, garantindo o seu direito à saúde. Não estamos falando de ajuda humanitária, mas da efetividade de um direito, de um compromisso moral com os excluídos e do fortalecimento de valores de justiça social. O Estado deve garantir o acesso universal a sistemas públicos de saúde em atendimento aos requisitos dos princípios de proteção, igualdade e justiça, mesmo nos casos de o imigrante não estar regularizado ou não ser beneficiário de alguma seguridade social; e ainda quando a saúde é considerada um bem de consumo, tratada como uma simples mercadoria e o usuário um consumidor, seja na UE, algum país do MERCOSUL, ou Brasil.

A saúde é uma necessidade básica, um bem primário, necessária para adquirir outros bens e, portanto, deve ser garantida para todos e para cada um, principalmente para aqueles que sozinhos não conseguem obtê-la, devendo o Estado cumprir seu papel legítimo e moral de proteger, e assegurar o direito humano à saúde do imigrante, como uma questão de saúde pública. A partir de uma visão da saúde como um direito humano e como um bem essencial, pode ser um caminho viável para que os Estados atendam a necessidade básica do acesso à saúde aos imigrantes que merecem legitimamente proteção.

Mas outras ações devem ser pensadas além da garantia do direito à saúde. Os Estados também precisam desenvolver políticas de inclusão que privilegiem os imigrantes de forma a compensar as desvantagens da sua condição e proporcionar meios, empodera-los, capacitá-los, para que possam prosseguir autônomos com

suas vidas, oferecendo cursos gratuitos de idioma; orientações sobre seus direitos, regularização de estadia, educação dos filhos; ajuda para habitação; e condições especiais para entrada no mercado de trabalho.

Além do compromisso do Estado deve se ter a responsabilidade da sociedade já que se trata de seu próprio direito. A promoção ao diálogo e uma ativa participação da sociedade são também vias de apoio na tentativa de solucionar os conflitos. É essencial a sua participação para que se avance nas propostas políticas que visam o benefício do coletivo, e a saúde como um direito e não um objeto de consumo. Deve se lutar pelos direitos por meio de uma participação popular consciente e esclarecida, pois uma das formas de exigir o cumprimento da proteção preconizado pela BP é pela existência de mecanismos de controle social das políticas.

Schramm (2009b, p. 25) diz que a proteção pode ser entendida como uma "ética mínima aplicável a sociedades complexas e pluralistas como as nossas", como um "mínimo moral indispensável para que exista vida social organizada, capaz de dirimir os conflitos que emergem nela". Preocupa-se em antecipar "possíveis e prováveis soluções ao desamparo das pessoas e aos eventuais efeitos daninhos"

Para Kottow (2009, p. 37), a proteção em saúde pública deve ser pensada para além de "ações epidemiológicas preventivas, para englobar políticas sanitárias terapêuticas baseadas em vulnerabilidade, suscetibilidade e necessidade". E para reduzir o desamparo são utilizadas algumas proteções básicas como os direitos humanos, sendo inquestionável a sua finalidade, mas sendo necessário "respeitá-lo e cumpri-lo".

E procurando se afastar do campo apenas teórico dos direitos humanos e caminhando na direção de propostas éticas justas e igualitárias, que a sociedade também deve reconhecer e assumir as obrigações sociais.

Braz (2009, p. 50-51) comenta da repulsa entre iguais e os "diferentes na maneira de ser", do preconceito contra o "outro", o diferente de "nós". E por isto o conflito é inevitável, "faz parte da pluralidade moral, cultural, econômica. [...] tem-se de aprender a viver sem garantias de uma conduta moral, não existe sociedade perfeita e nem pessoas perfeitas". E em razão disto que é preciso ir "além do discurso. É necessário agir a partir do "nós" em direção aos "outros", porque não se trata apenas de modos diferentes de ver a vida. Trata-se de modos diferentes de poder viver a vida" (BRAZ, 2009, p. 52)

Segundo o mesmo autor “o preconceito é baseado em estereótipos que acabam por definir as pessoas”. E que posteriormente haverá a “discriminação e consequentemente a exclusão”, mas que a verdadeira raiz do problema está na desigualdade social (BRAZ, 2009, P. 55). Por isto não basta apenas o discurso dos direitos humanos mas atuar na prática. É preciso uma ação dirigida para superar esta desigualdade por meio de uma “sensibilidade, de uma escuta, de uma ação e de um voltar-se em direção aos desamparados”. Estes ainda estão impossibilitados de protestar por justiça, já que estão voltados para sobreviver. “É preciso ter mínimas condições básicas asseguradas (alimentação, habitação, acesso â saúde, educação, lazer, entre outras) para reclamar justiça” (BRAZ, 2009, p. 56-57).

E a sociedade precisa se responsabilizar para tentar romper esta desigualdade por meio de uma solidariedade para com o outros, já que esta desigualdade não tem origem restrita ao Estado, mas também na humanidade, pois os “economicamente privilegiados” e a “elite bem informada” vem agindo sistematicamente por séculos, com uma indiferença para com os outros, mantendo-os submissos, “sem conhecimento, sem poder, sem recursos” (BRAZ, 2009, p. 57). Além de negar “a reconhecer e assumir suas obrigações sociais”, ainda pressiona o Estado em prol de seus interesses e não pelo bem comum (KOTTOW, 2009, p. 43).

O princípio da proteção também pode ser aplicado pelos representantes do Estado, como os formuladores e gestores das políticas públicas de saúde; e os profissionais dos serviços de saúde, empoderando-os dos conceitos dos direitos humanos e da participação na luta pela igualdade, liberdade, não discriminação e ao mesmo tempo proteção destes sujeitos.

A educação é uma destas vias de empoderamento, com a inclusão da bioética em reuniões dentro das instituições, nas grades curriculares e códigos de ética de todas as profissões médicas e, especialmente para os profissionais dos serviços de saúde ligados, direta ou indiretamente, ao trato com os imigrantes, visando a mudança de atitudes no acolhimento e no cuidado. Pretende-se que nas seguridades sociais nacionais e nos serviços de saúde dos Estados Membros, seja possível reconhecer atitudes que considerando a concepção dos direitos humanos, cumpram a exigência do respeito ao direito humano à saúde. Porque não basta apenas a acessibilidade, mas a aceitabilidade e a qualidade das prestações de saúde em todas as etapas do cuidado, respeitando as diferenças culturais que possam estar presentes neste grupo.

É de extrema necessidade uma formação adequada do corpo de profissionais que trabalha na área da saúde, para que sejam familiarizados com os conhecimentos bioéticos e de direitos humanos necessários para assegurar o direito à saúde, e para lidar com as situações de conflito surgidas no acesso aos serviços de saúde, de forma a evitar situações discriminatórias prejudicando indevidamente os imigrantes.

O reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos em saúde também é um procedimento crucial para contribuir na difusão do direito à saúde nos países membros do MERCOSUL.

O Estado e a sociedade têm que ter o interesse e o dever de promover um equilíbrio entre os homens, não apenas protegendo os direitos de quem já os possui. O problema da efetividade dos direitos humanos não está limitado à esfera jurídica. Como comenta Herrera Flores, embora os direitos humanos estejam formalizados, a sua existência não é concreta, por isto devemos lutar pela defesa das pessoas e/ou grupos que tem seus direitos suspensos nas sociedades contemporâneas, reconhecendo os princípios de dignidade humana, justiça social e solidariedade. Os direitos humanos devem ser defendidos, e a sociedade junta, unida em um ideal, representa força para a sua reivindicação e concretização.

Buscamos oferecer soluções que fossem razoáveis e justas a favor do bem-estar e da preservação da dignidade humana dos imigrantes no direito à saúde. De forma que tanto a utilização da bioética de proteção é justificada em razão da condição de desamparo em que podem se encontrar os imigrantes, mesmo que sejam pertencentes aos blocos e beneficiários de seguridades sociais nacionais; quanto à elaboração e constante atualização da normatização, para que cumpram o papel de assegurar o direito humano à saúde e também de proteger os imigrantes contra restrições de acesso e procedimentos em saúde.

A construção do direito humano vai ser diferente na UE, MERCOSUL e Brasil. São processos diferentes, podem ser reivindicados e lutados de diferentes formas, mas todos convergindo a um propósito, o respeito à dignidade humana, nela incluída a saúde. De forma que foram discutidas as questões morais à luz da bioética da proteção, a qual se juntou os conceitos críticos dos direitos humanos de Herrera Flores e o termo hospitalidade incondicional proposto por Derrida, com um sentimento de cooperação e solidariedade para com o outro merecedor de proteção, com o fim de construir e consolidar o direito humano à saúde.

A aplicação da bioética de proteção permitiu reafirmar o papel do Estado, como responsável pelo direito humano à saúde do imigrante, e o seu compromisso com o desenvolvimento de políticas protetoras capazes de corrigir as desigualdades, assimetrias e discriminações no acesso e na integralidade da assistência. A responsabilidade social e moral do Estado e da sociedade, e as dimensões ética e social das políticas púbicas contribuem na busca coletiva para o alcance e consolidação do direito humano à saúde do imigrante.

7 CONCLUSÃO

O globo é marcado pela violação sistemática dos direitos humanos incluindo a saúde. E a imigração é um fenômeno mundial que vem aumentando rapidamente ao longo dos anos, o que fez surgir conflitos bioéticos no acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes na UE, MERCOSUL e Brasil.

Embora a imigração esteja entre os problemas morais em saúde pública, não foram achados trabalhos nacionais ou estrangeiros que relacionassem as teorias de bioética com a saúde dos imigrantes.

Então, este trabalho explorou a perspectiva teórica da bioética de proteção e dos direitos humanos, por considerá-los mais pertinentes para enfrentar os principais conflitos morais que surgem no acesso aos serviços, e para realizar uma análise das políticas sanitárias aplicáveis a questão imigratória. Buscou se a partir dos seus referenciais, analisar as relações que abrangem o imigrante, saúde e direito numa concepção de respeito ao próximo, igualdade no cuidado sanitário, não discriminação no acesso e a função estatal. De forma que foi examinado o direito de acesso à saúde pelo imigrante como problemática de saúde pública e um direito humano, identificando e analisando as implicações morais da recusa do acesso; da sua condição de susceptibilidade e vulneração; e da responsabilidade do Estado com a saúde deste grupo populacional.

Como aparato conceitual para orientar as ações, optou-se pelo exame dos conflitos morais nos casos concretos da jurisprudência do TJUE; e as normativas da UE e MERCOSUL. Foi realizada, ainda, uma revisão bibliográfica do acesso no Brasil com o intuito de caracterizar o contexto brasileiro sobre o tema.

A consolidação da jurisprudência do TJUE e a normatização da saúde da UE se mostraram como um mecanismo de garantia do direito humano à saúde e de responsabilidade estatal para os imigrantes dos Estados Membros da UE beneficiários de seguridades nacionais, mas não resultaram no cumprimento integral do direito, ao exigir autorizações prévias para cuidados hospitalares e exames de alta complexidade em ambiente hospitalar em razão dos seus custos serem altos, o que pode gerar desigualdades no acesso a estes serviços. Contudo, foram exemplos de reivindicações de cidadãos e instituições europeias.

O MERCOSUL vem realizando ações em saúde mais voltadas a vigilância epidemiológica e sanitária, e ainda não formulou uma regulamentação específica da

saúde para os cidadãos membros de seus países, deixando a critério de cada Estado Membro a abrangência deste direito. Esta situação nos indica uma alta probabilidade de também ocasionar diferenças no acesso, principalmente pela razão da maioria dos países do cone sul não terem sistemas nacionais de saúde universais e gratuitos, exigindo uma contraprestação; além de estarem passando por graves crises econômicas. Mas iniciativas de criação de acordos, como o Multilateral de Seguridade Social, de Residência, e de Documentos de Viagem; do Instituto de Políticas Públicas de Direitos Humanos e do Plano Estratégico de Ação Social do MERCOSUL (PEAS), convergem na direção de tentar assegurar a igualdade nos direitos, incluindo a saúde, como está constituído na diretriz nº 7 do PEAS, ao estabelecer a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde.

No Brasil, o dever constitucional e pelas leis da saúde de proteger à saúde de forma universal, gratuita, igualitária e integral. Porém, alguns trabalhos apresentarem relatos de discriminação, recusa do acesso e situações de preconceito, inclusive nas regiões de fronteira, como também mostraram avanços significativos, com estratégias e ações diferenciadas visando garantir à saúde ao imigrante.

Conforme visto, o bloco de integração europeu, o sul-americano e o Brasil, mesmo com relatos de seu não cumprimento, tem tido pelo menos a intenção de garantir, mesmo que de forma e estágios diferentes, o direito à saúde, ainda que bem precários no MERCOSUL. Porém é necessário pensar no direito à assistência à saúde integral; e nos sujeitos membros dos blocos, mas que não estão regularizados, ou não são pertencentes a seguridades sociais nacionais. E porque também não pensar nos sujeitos que embora não sejam membros dos blocos, vivem nos países membros e que podem estar regularizados ou não; situações que ocorrem tanto na UE, quanto MERCOSUL e Brasil.

Apesar dos avanços, existem condições individuais que podem levar a dificuldades e iniquidades no acesso à saúde, principalmente porque vivemos em um descompasso dos direitos humanos com a realidade social, e os aspectos morais acabam sendo subsumidos aos aspectos econômicos, sem uma justificativa aceitável; ou até mesmo ao preconceito. De forma que os conflitos morais, seja no bloco europeu, seja no sul-americano, ou no Brasil, têm grandes chances de continuar e por isto torna-se primordial propor soluções para tentar solucioná-los ou, ao menos, diminuí-los. Por isto, procuramos apontar caminhos que fossem

congruentes aos princípios da bioética de proteção, dos conceitos críticos dos direitos humanos e da hospitalidade incondicional de Derrida.

Foi proposto para a UE que os sistemas nacionais de saúde e as legislações em saúde adotem o caráter universal, e apliquem o princípio da proteção acrescido da perspectiva da hospitalidade incondicional de Derrida, para garantir a assistência integral e o acesso dos imigrantes membros sem inscrição na seguridade social, os membros não regularizados, e mesmo para os não membros, bastando apenas apresentar o documento de identificação. As instituições e os Estados da UE adotariam políticas de complementação para estes casos, solicitando medidas compensatórias ou contrapartidas para o Estado de origem do imigrante, ou para os fundos nacionais, europeus ou internacionais.

Para o Brasil foi sugerido a participação da sociedade para exigir do Estado o direito humano à saúde; a capacitação dos profissionais que lidam com a saúde e de formuladores e gestores, a respeito dos direitos e dos princípios bioéticos; e políticas públicas de saúde embasados no princípio da proteção e da hospitalidade incondicional.

E no MERCOSUL, a criação de uma regulamentação específica para a saúde já prevendo incentivos, subsídios, acordos de cooperação e medidas compensatórias entre os Estados Membros ou dos fundos transnacionais.

É responsabilidade dos Estados a garantia do direito humano à saúde, estando presente em Declarações, Tratados e Constituições nacionais e internacionais, mas é necessário que a sociedade saia de sua inércia e adquira a consciência da sua importância, da sua força no caminho para a efetivação do direito, assumindo uma prática de respeito à dignidade humana, reconhecendo que ela é para todos. A modernidade nos obriga a estarmos em constante movimentação, e com isto poderemos estar em outro país por diversos motivos, como guerras; conflitos; turismo; por necessidade profissional ou pessoal; estudos; ou por residência; e nos vermos também na condição de imigrante, regularizado ou não, pertencente a blocos econômicos ou não.

Por isto, é preciso ter uma visão realista dos problemas da atualidade e da necessidade de desfazer o comportamento individualista, para lutar em prol da materialização dos direitos humanos, principalmente devido ao modo constante de sua construção. Cultuar e fundamentar na sociedade a vivência com os valores da proteção, solidariedade, igualdade e justiça. Por pensar não apenas na condição

que se vive no momento, mas com o pensamento de que se possa necessitar também deste direito, e que com o aumento cada vez mais crescente do número de imigrantes, é um dever ético lutar pelo direito humano à saúde, protegendo os que possam estar desamparados para que possa trazer benefícios para todos e evitar danos, inclusive pensando nas próximas gerações.

A sociedade deve ter confiança do seu poder, mas a clareza de que não basta agir sozinha, precisa do Estado para respaldar suas reivindicações. Por isto deve exigir dele a normatização do direito humano à saúde dos imigrantes. É imprescindível estar contido nas legislações nacionais, mas só isto não é suficiente, tendo em vista os exemplos tanto na UE quanto no Brasil de desrespeito as normas. É preciso que a sociedade continue lutando para que o Estado cumpra a concretização deste direito, seja na etapa ainda da sua formulação, ou mesmo já constando em leis. Ou seja, é um processo de luta contínua, uma construção constante deste direito humano, que deve ser feito de diferentes formas, de acordo com a época, contexto e local, sendo distintos na UE, no MERCOSUL e no Brasil, mas tendo um único fio condutor, o respeito a vida digna.

Portanto, o desafio é formular, implementar e atualizar legislações e estratégias de garantia e promoção dos direitos humanos, e do princípio da proteção, assegurados em leis nacionais e internacionais, para que aperfeiçoem os sistemas e serviços de saúde nacionais, direcionando-os a proporcionar igualdade no acesso ao bem da saúde, embasados em princípios éticos, visando à efetividade do direito à saúde do imigrante. O direito humano à saúde deve ser reconhecido no âmbito nacional e internacional; tanto pelas Constituições, Declarações, Regulamentos e Tratados; como também pela sociedade, inclusive e principalmente, a parte que trabalha diretamente com os imigrantes, com uma formação bioética adequada dos recursos humanos na área da saúde, evitando-se principalmente o preconceito. Deve estar bem abalizado nas normativas e instituições, como na condição humana.

Podemos dizer que a experiência da UE nos trouxe vários pontos positivos que podem ser aproveitados pelo MERCOSUL e o Brasil. Como exemplos temos o regulamento nº 1408/71, que trata especificamente de regular o acesso aos serviços nacionais de saúde, com os seus procedimentos operacionais detalhados que podem contribuir para a construção e aprimoramento de outros; e a jurisprudência do TJUE, que nos revelou os principais conflitos e nos permite antever as soluções,

e com isto tentar evitar que episódios similares possam ocorrer também na região sul-americana, procurando construir uma normatização que já inclua a maioria dos motivos das causas demandadas, evitando as restrições ao direito humano à assistência à saúde.

A UE levou 43 anos para alcançar o nível de integração regional do mercado comum, sem restrições de circulação de capital, mercadorias, serviços e pessoas. O MERCOSUL foi criado apenas em 1991, tem 26 anos atualmente, e o livre trânsito é um estágio essencial para o aprofundamento do processo de integração e para a redução das assimetrias. Pode se aproveitar as medidas positivas adotadas pela UE e evitar as conflitantes, de modo que o MERCOSUL siga o seu curso com os princípios bioéticos de promoção e proteção dos direitos humanos, garantindo o acesso à assistência à saúde nos Estados Partes. Por isto, é importante lutar para acelerar e solidificar o MERCOSUL, pois o direito humano à saúde sendo normatizado passará a ser compartilhado pelos países envolvidos, e o investimento em saúde promove coesão econômica e social, tão necessária a esta região sul.

É um desafio conciliar o direito à saúde do imigrante e os direitos humanos na atual ordem econômico-financeira e no processo de ajustes macroeconômicos com interdependências mundiais. No entanto, as práticas no campo da saúde diante do processo de integração dos países podem servir de aprendizagem e de uma construção de cultura dos direitos humanos, por meio de um espaço de inclusão e não discriminação em razão da origem nacional.

A saúde pode contribuir no fortalecimento dos direitos humanos, mesmo no atual contexto econômico da cultura dos limites, e também nos processos de integração regional, já que a procura por sua efetividade poderá repercutir na igualdade de oportunidades, na diminuição da desigualdade social e no favorecimento do desenvolvimento socioeconômico dos países membros.

Na análise bioética das práticas assistenciais e políticas relacionadas aos imigrantes no Brasil, o estudo apontou que o país vem procurando respeitar o direito humano à saúde não apenas para os imigrantes provenientes do MERCOSUL, mas também para o de outras origens.

Promover a solidariedade entre os Estados bem como indivíduos e grupos, com especial atenção aos suscetíveis e vulnerados, como os imigrantes, é condizente com o princípio da proteção e da concepção dos direitos humanos. Mas é necessário que o país crie e aperfeiçoe constantemente as normas e práticas,

para que se alcance a responsabilidade ética com esta população e o acesso à saúde no Brasil se consolide como um direito humano, principalmente nas regiões de fronteira.

Pretendemos que o estudo possa contribuir para que o Brasil construa uma sociedade justa e proteja a saúde das pessoas, independente da sua origem ou condição legal. Que os imigrantes possam exercer seus direitos e as instituições brasileiras possam garanti-lo de forma moralmente correta e efetiva.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

AGUIAR, M. E.; MOTA, A. O Programa saúde da família no bairro do bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 493-506, 2014.

AGUSTINI, J. **A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul**. 231 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALBER, J; KOHLER, U. **Quality of life in Europe**. Health and care in an enlarged Europe. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS (ACNUDH). **Carta Internacional dos Direitos Humanos**. Ficha Informativa Sobre Direitos Humanos n. 2, Lisboa, 2001. Disponível em: <http://direitoshumanos. gddc.pt/pdf/Ficha_Informativa_2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

AMON, J.; TODRYS, K. Acesso de populações migrantes a tratamento antirretroviral no sul global. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 10, 2009.

ANNAS, G. J. The impact of health policies on human rights. In: MANN, J. M. et al. **Health and Human Rights**: a reader. London: Routledge, 1999.

ARÁN, M.; PEIXOTO JR, C. A. Vulnerabilidade e vida nua. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 849-857, 2007.

ARANGUREN, J. L. L. **Ética**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1997.

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BALEIZÃO, A. **Equidade na saúde e nos cuidados de saúde**: migrantes e não imigrantes na infecção de VIH/SIDA em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BENHABIB, S. **The rights of others**: aliens, residents and citizens. Cambridge: Cambridge University, 2007.

BENJAMIN, W. Sobre o conceito de História. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre Literatura e História da Cultura. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BHUGRA, D.; BECKER, M. A. Migration, cultural bereavement and cultural identity. **World Psychiatry**, Milan, v. 4, n. 1, p. 18-24, feb. 2005.

BORGES, A.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

BOY, R.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e tratamento de doenças genéticas raras no Brasil: o caso das doenças de depósito lisossomal. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1276-1284, 2009.

BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants**. Lancet**, London, v. 371, p. 879-881, 2008.

BRASIL. Decreto nº 5.722, de 13 de março de 2006. Promulga o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul e seu Regulamento Administrativo, de 15 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Seção 1, p. 18. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5722.htm>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Decreto nº 6.975, de 07 de outubro de 2009. Promulga o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul - Mercosul, Bolívia e Chile, assinado por ocasião da XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum, realizada em Brasília nos dias 5 e 6 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 out. 2009a. Seção 1, p. 14. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato 2007-2010/2009/decreto/d6975.htm>. Acesso em: 12 out. 2015.

_____. Decreto Legislativo nº 933, de 11 de dezembro de 2009. Aprova o texto do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 dez. 2009b. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/ decretolegislativo-933-11-dezembro-2009-597335-publicacaooriginal-120302-pl.html>. Acesso em: 12 out. 2015.

_____. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1980.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1.

BRAZ, M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ; Fiocruz, 2009.

BUSSE, R. et al. **The European Union and Health Services.** The Impact of the Single European Market on Member States. Amsterdam: IOS Press, 2002.

CAJU, O. O. A concepção de direitos humanos em Jurgen Habermas e a compreensão crítica em Joaquin Herrera Flores. **RCD - Revista Crítica do Direito**, São Paulo, v. 58, n. 3, maio 2014. Disponível em:<https://sites.google.com/a/criticadodireito.com.br/revista-critica-do-direito/todas-as-edicoes/numero-3---volume-58/a-concepcao-de-direitos-humanos-em-juergen-habermas-e-a-compreensao-critica-em-joaquin-herrera-flores>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARNEIRO, J. N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, 2003.

CASTEL, M. Protection sociale. In : MESURE, S., SAVIDAN, P. (Org.). **Le dictionnaire des sciences sociales**. Paris: PUF, 2006. p. 901-903.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 805-812, nov./dez. 2002.

COLOMBAROLI, A. C. M.; MARTINO, V. F. Educação em direitos humanos e construção da cidadania. **Camine: caminhos da educação**, Franca, SP, Brasil, v. 4, n. 1, 2012.

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS. **Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**. [S.l.: s.n.], 1984. Disponível em: <http://www.derechos.org/nizkor/excep/siracusa84.html>. Acesso em: 06 fev. 2017.

COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. Comentário Geral n. 14: O direito ao melhor estado de saúde possível de atingir (Artigo 12), In: **Compilação de Instrumentos Internacionais de Direitos Humanos**. Timor Leste: UNDP, p. 150-168, 2000. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2011/06/Compilation-of-HR-instruments-and-general-comments-2009-PDHJTimor-Leste-portugues.pdf> Acesso em: 23 jun. 2015.

COPELLI, G. M. Resenha da obra teoria crítica dos direitos humanos: os direitos humanos como produtos culturais, de Joaquín Herrera Flores. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 2, n. 3, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia>. Acesso em: 07 jan. 2017.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Parecer consultivo OC-21/14, de 19 de agosto de 2014**. Direitos e Garantias de crianças no contexto da migração e/ou necessidade de proteção internacional. [S. l.: s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/12/OC-21-Completa.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.

CROSS, T. P. et al. Child forensic interviewing in children's advocacy centers: Empirical data on a practice model? **Child Abuse and Neglect**, Oxford, v. 31, n. 10, p. 1031-1052, oct. 2007.

CUNHA, T.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 116-125, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a13v22n1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

DERRIDA, J. **A solidariedade dos seres vivos**. Folha de São Paulo, p. 12-16, 27 maio 2001. (entrevista com Evandro Nascimento).

DERRIDA, J. **Voyous**. Galilée: Paris, 2003.

DIAS, M. C. Direitos humanos ou direitos básicos? In: DIAS, M.C. (Org.). **Desconstruindo paradigmas**. Novos olhares sobre velhos problemas. [S. l.]: Pirilampo, [201?]. Disponível em: <https://media.wix.com/ugd/5f2532_bd460f38a84346f7b2ba5d9be6fa857f.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

DIAS, M. C. Direitos humanos e a moral do respeito universal. **Revista Princípios - Dept. Filosofia UFRN**, RN, v. 2, n. 1, jun. 1995. Disponível em: <http://www.principios.cchla.ufrn.br/arquivos/02P-92-107.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2017.

DIAS, M. C. Teorias de justiça. In: DIAS, M. C. (Org.). **A perspectiva dos funcionamentos**: em defesa de uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. **Revista Migrações**, Lisboa, v. 1, p. 15-26, 2007.

DROPA, R. F. **Direitos humanos no Brasil**. Disponível em: <http://www.advogado.adv.br/artigos/2003/romualdoflaviodropa/direitoshumanosbrasil.htm#_Toc7158437>. Acesso em: 27 jan. 2017.

EUROPEAN COMMISSION. **European migration network**: impact of immigration on Europe's societies. Luxembourg: [s.n.], 2006.

FERREIRA, J. Do estrangeiro ao excluído: Formas contemporâneas de classificação dos imigrantes africanos em uma organização humanitária francesa. Tratar, cuidar: valores e práticas terapêuticas na assistência humanitária ao *sans domicile fixe*. **Antropológicas,** v. 22, n. 2, p. 61-81, 2011.

FISCHMANN, R. Constituição brasileira, direitos humanos e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro**,** v. 14, n. 40, p. 156-167, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n40/v14n40a13.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2009.

FRANÇA, Jr.; AYRES, J. R. C. M. Saúde púbica e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 318-327, 2013.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. **World Economic Outlook Database-2014**. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/02/weodata/index.aspx>. Acesso em: 24 out. 2015.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008.

GERSCHMAN, S. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde dos hospitais filantrópicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 487-500, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, supl. 2, 2007.

GODINHO, M. et al. Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal. In: CONFERÊNCIA Europeia de Saúde Pública – EUPHA. Lisboa: [s.n.], 2008.

GOLDBERG, A. Paciente boliviano tuberculoso: representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. In: REUNIÓN DE ANTROPOLOGÍA DEL MERCOSUR, 8., 2009, Buenos Aires, **Anais**... Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), 2009.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/en_v22n2a03.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2015.

GRACIA, D. **Fundamentos da bioética**. Madrid: Eudema, 1989.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1795-1808, 2006.

GUIMARÃES, L.; QUEIROZ, W. **Integração europeia acordos fronteiriços em saúde no Euro região de Extremadura-Alentejo**. 2007. 321 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, European Commission. **The internal market and health services**: report of the high level committee on health. 2005. Disponível em: <http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2014.

HEIDEGGER, M. Sobre o Humanismo. Carta à Jean Beaufret, Paris. In: _____. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1979. p. 149-175,

HERMANS, L. L. M. B.; BROUWER, W. **Quality issues on cross-border care:** a literature search, 2003. Disponível em:<http://www.ehma.org/Quality_Issues_on_Crossborder_Care.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2014.

HERRERA FLORES, J. Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. **Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, p. 9-30, jan. 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15330>. Aceso em: 07 fev. 2017.

HERRERA FLORES, J. **Teoria crítica dos direitos humanos**: os direitos humanos como produtos culturais. São Paulo: Lumen Juris, 2009.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration Report 2010**: the future of migration: building capacities for change. Switzerland: IOM, 2010.

JIMENEZ, R. P.; NOGUEIRA, V .M .R. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 50-58, jan./jun. 2009.

JONSEN, A. R.; VEATCH, R. M.; WALTHERS, L. **Source book in bioethics:** a documentary history. Washington D.C.: Georgetown University Press, 1998.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1049-1060, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a26.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2016.

KANG, S. et al. The mental health of Korean immigrants in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 819-826, abr. 2009.

KEMP, P.; RENDTORFF, J. D. Vulnerabilidade (princípio de). In: HOTTOIS, G., MISSA, J-N. (Org.). **Nova enciclopédia da bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 687-692.

KOTTOW, M. Bioética e política de recursos em saúde. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. (Org.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. UnB, 2000. p. 67-75.

_____. **Bioética prescritiva**. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: GARRAFA, V; KOTTOW, M., SAADA, A. (Org.). **Bases conceituais de bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.

_____. **Ética de protección.** Una propuesta de protección bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2007.

_____. Bioética de protección. In: TEALDI, J. C. **Diccionario Latinoamericano de Bioética**. Bogotá: UNESCO; Rede Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2008. p. 165-167

_____. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, F. R. et al. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ; Fiocruz, 2009.

KURZ, R. Paradoxos dos direitos humanos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. 1-5, 16 mar. 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs16032 00308.htm>. Acesso em: 05 abr. 2016.

LECLERE, F.; JENSEN, L.; BIDDLECOM, A. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 35, n. 4, p. 370-384, 1994.

LOTTA, G. S. **Saber e poder**: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo)– Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

LUCCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária**: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2001.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003. p. 59-70.

MADI, M. C. C. et al. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 67-71, 2009.

MARQUES NETO, A. R. M. Neoliberalismo e declínio do direito. In: FLORES, J. H.; RÚBIO, D. S.; CARVALHO, S. (Org.). **Direitos humanos e globalização**: fundamentos e possibilidades desde a Teoria Crítica. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

MARTES, A. C. B. Gestión pública de la immigración em Brasil. In: FISHER-BOLLIN, P. (Ed.). **Migración y políticas sociales en América Latina**. Rio de Janeiro: F. K. Adenauer, p. 59-79, 2009.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

MELO, R.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010.

MENDES, A. Joaquín Herrera Flores e a dignidade da luta. **Revista Direito e Práxis**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/2076>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MERCOSUL. Decisão nº 64, de 16 de dezembro de 2010. **Estatuto da Cidadania do MERCOSUL**. 2010a. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/file/2810/1/DEC_064-2010_PT_Estatuto_da_Cidadania.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

_____. Decisão nº 67, de 16 de dezembro de 2010. **Plano estratégico de ação social do MERCOSUL**. 2010b. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innova portal/file/2810/1/DEC_67-10_PT_PEAS.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Decreto nº 18, de 30 de junho de 2008. **Acordo sobre documentos de Viagem dos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados**. 2008. Disponível em: <http://www.mre.gov.py/v1/Adjuntos/mercosur/Acuerdos/2008/portugues/114-acuerdodocumentosdeviaje(portugues)pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Tratado de Assunção, de 26 de marco de 1991. **Tratado para a constituição de um mercado comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República do Uruguai**, 1991. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivos/dwnl_1270491919.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1996.

NILSTUN, T. Paternalismo. In: HOTTOIS, G.; MISSA, J. N. (Org.). **Nova enciclopédia da bioética**. Lisboa: Piaget, 2003. p. 518-520.

NOGUEIRA, V. M. R. et al. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. 227-236, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do Programa SIS Fronteiras: perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 13, n. 2, p. 245-260, jul./dez. 2014.

OLIVEIRA, A. A. S. Análise de consulta sobre o direito à assistência terapêutica de estrangeiro no âmbito do sistema único de saúde. In: GUEDES, J. C.; NEIVA, J. S. M. (Coord.). **Publicações da Escola da AGU**: temas de direito e saúde: coletânea de artigos. Brasília: Advocacia-Geral da União, 2010a. p. 131-144. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTexto.aspx?idConteudo=158795&ordenacao=1&id_site=7529>. Acesso em: 03 mar. 2015.

_____. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, Brasília, ano 14, n. 48, p. 92-100, jan./mar. 2010b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO**). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: Unesco, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS (ACNUDH). **The Right to Health:Fact Sheet No. 31**. Geneva: 2008. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PAUGAM, S. Précarité, pauvreté, eclusion. In : MESURE, S., SAVIDAN, P. (Org.). **Le dictionnaire des sciences sociales**. Paris: PUF, 2006. p. 885-888.

PERIUS, O. Os direitos humanos na perspectiva da teoria crítica. **Revista Filosofazer**, Passo Fundo, n. 43, jul./dez. 2013.

PIOVESAN, F. Direitos Sociais: Proteção nos sistemas internacionais e regional interamericano. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**, n. 5, p. 67- 80, out. 2009. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/33285-42418-1PB.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

PONTES, C. A. A.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1319-1327, out. 2004.

PUBLIC HEALTH EVALUATION AND IMPACT ASSESSMENT CONSORTIUM. **Specific Contract**: Mid-Term Evaluation of the EU Health Strategy 2008-2013**.** 08 August 2011. Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/midtermevaluation_euhealthstrategy_2011_execsummary_en.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2017

PUSSETTI, C. Biopolíticas da depressão nos imigrantes africanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 590-608, 2009.

REGO, S. et al. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

REIS, M. M. **Mercosul, União Europeia e Constituição**: a integração dos estados e os ordenamentos jurídicos. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

REIS, R. R. Soberania, direitos humanos e migrações internacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, jun. 2004.

RIBEIRO, C. D. M. **Cultura dos limites, justiça sanitária e alocação de recursos**: argumentações racionais acerca dos conflitos morais em medicina intensiva neonatal, do ponto de vista dos profissionais intensivistas. 2003. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

ROMERO-ORTUÑO, R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? **European Journal of Health Law**, Boston, v. 11, p. 245-272, 2004.

RUFINO, C.; AMORIM, S. G. Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 18., Águas de Lindóia, SP. **Anais**... Águas de Lindóia: [s.n.], 2012.

RUIZ, C. B. O Estado de Exceção como paradigma de governo. **Cadernos IHU**, São Leopoldo, n. 373, ano 11, set. 2011. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4080&secao=373>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

SÁNCHEZ RUBIO, D. **Fazendo e desfazendo direitos humanos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010a.

_____. Sobre el concepto de “historización” y una crítica a la visión sobre las (de)-generaciones de derechos humanos. **Revista de Derechos Humanos y Estúdios Sociales,** Sevilha, v. 2, n. 4, p. 41-55, jul./dez. 2010b.

SANDI, S. F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 131-153, 2010.

SAYAD, A. **La double absence**: des illusions de l'immigré aux souffrances de l'immigré. Paris: Seuil, 1999.

SCHRAMM, F. R. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 41-47, 2000.

_____. Bioética para quê? **Revista Camiliana da Saúde**, São Paulo, v. 1, v. 1, n. 2, jul./dez. 2002.

_____. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 773-784, 2004.

_____. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. **Iatrós – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura**, Santo Amaro, p. 121-130, 2005.

_____. Bioética sem universalidade. Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção**.** In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, **Bases conceituais da bioética enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006.

_____. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C,; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética e saúde pública**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2009a.

_____. A moralidade da biotecnociência: a bioética de proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: SCHRAMM, F. R. et al. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. 2 ed. Rio de Janeiro: UFRJ; Fiocruz, 2009b.

_____. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, D. et al. (Org.). **Bioéticas, poderes e injustiças**. Brasília: CFM, 2012. p. 127-141.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001.

SEN, A. Direitos humanos e imperativos globais. In. MENDES, Ricardo Doninelli. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 390-425

SILVA, D. S.; MAXWELL, J. S. **Commentary**: limiting rights and freedoms in the context of ebola and other public health emergencies: how the principle of reciprocity can enrich the application of the Siracusa principles. 2015. Disponível em: <http://www.hhrjournal.org/2015/06/commentary-limiting-rights-and-freedoms-in-the-context-of-ebola-and-other-public-health-emergencies-how-the-principle-of-reciprocity-can-enrich-the-application-of-the-siracusa-principles/>. Acesso em: 06 mar. 2017.

SILVA, E. C. C. Rompendo barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. **Travessia: Revista do Migrante**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 26-31, 2009.

SILVA, S. A. **Costurando sonhos**: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Paulinas, 1997.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1241-1250, ago. 2009.

SPIRE, A. De l'étranger à l'immigré. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, v. 129, p. 50-54, 1999.

STEPKE, F. L. **Bioética e Medicina**. São Paulo: Loyola, 2006.

THOMSON, S.; MOSSIALOS, E. **Regulating private health insurance in the European Union**: the implications of single market legislation and competition policy. London: The London School of Economics and Political Science; 2006.

TODRYS, K. W. et al. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. **Public Health Action**, v. 3, n. 1, p. 7-10, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4463097/>. Acesso em: 06 mar. 2017.

TOSI, G. **História e atualidade dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/tosi/historia_atualidad.htm>. Acesso em: 25 jan. 2017.

TRINDADE, A. A. C. **A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil**. Brasília: Ed. UnB, 1998.

UNIÃO EUROPEIA. Decisão nº 194, da comissão Administrativa das Comunidades Europeias para a Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, de 17 de dezembro de 2003, **relativa a aplicação uniforme do artigo 22º do regulamento 1408/71 no Estado membro de estada.** 2003. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004D0327&from=PT>. Acesso em: 16 jun. 2015

_____. Diretiva 93/16/CEE do Conselho, de 5 de abril de 1993, **destinada a facilitar a livre circulação dos médicos e o reconhecimento mútuo dos seus diplomas, certificados e outros títulos.** 1993. Disponível em: <http://eur-lex. europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31993L0016&from=PT>. Acesso em: 09 mar. 2015.

UNIÃO EUROPEIA. Regulamento CEE N. 1408/71, de 14 de junho de 1971, **relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade**. 1971. Disponível em: <http://europaeu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&lg=pt&numdoc=31971R1408>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. **Regulamento CEE N. 574/72** que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CEE) n. 1408/71, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade. 1972. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/56134/Reg_ue_574_72/dae232d3-c46b-4e3f-9026-585714955daa>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. **Regulamento CE n. 883/2004**, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social. 2004. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0883R(01)&from=PT>. Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. Tratado da União Europeia, Tratado de Funcionamento da União Europeia e Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, de 26 de outubro de 2012, **Jornal Oficial da União Europeia**, C 326, v. 55, 2012. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2012:326:FULL&from=PT>. Acesso em: 14 nov. 2014.

VANDERPLAAT, M. Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública. **Revista Saúde e Direitos Humanos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 27-34, 2004.

VENTURA, D. F. L. **A ordem jurídica do MERCOSUL**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

VENTURA, M. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 77-100, 2010.

VITAL, R. P. **Tribunal de Justiça para o MERCOSUL**: necessidade ou oportunidade. Disponível em:<http://www.juristas.com.br/informacao/artigos/tribunal-de-justica-para-o-mercosul-necessidade-ou-oportunidade/50/>. Acesso em: 03 mar. 2015.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011.

WILENSKY, H. L. **The Welfare State and Equality**. Structural and Ideological Roots of Public Expenditures. Berkeley: University of California Press, 1975.

XAVIER, I. R. **Projeto Migratório e Espaço**: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo. 2010. Dissertação (Mestrado em Demografia)– Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - NORMATIVAS DA SECRETARIA DO MERCOSUL

Recomendação 001/2006	Cooperação na luta contra o HIV- AIDS na região
Resolução 125/1996	Defesa do consumidor - proteção à saúde e segurança do consumidor
Resolução 151/1996	Criação do subgrupo de trabalho nº 11 “saúde”
Resolução 012/1997	Regulamento técnico de níveis de complexidade dos serviços da medicina transfusional
Resolução 004/1998	Pauta negociadora do SGT nº 11
Resolução 078/1999	Obrigatoriedade de Comunicação entre os Estados Partes do MERCOSUL sobre a Retirada de Medicamentos do Mercado
Resolução 008/2000	Fé de erratas da res. GMC nº 50/99 “planilhas de notificação obrigatória de doenças entre os Estados Partes do MERCOSUL”
Resolução 021/2000	Glossário de termos comuns nos serviços de saúde do MERCOSUL
Resolução 028/2000	Requisitos básicos para a habilitação de serviços de diálise
Resolução 073/2000	Lista de especialidades médicas comuns no MERCOSUL
Resolução 074/2000	Autorização para a entrada e saída de medicamentos que contenham entorpecentes e substâncias psicotrópicas para pacientes em trânsito (revogação da resolução GMC nº 62/00)
Resolução 021/2001	Pauta negociadora do SGT n° 11 “saúde” (revogação da resolução GMC nº 4/98)
Resolução 023/2001	Regulamento técnico MERCOSUL das boas práticas de fabricação e controle para indústrias de produtos domisanitários (revogação da resolução GMC nº 30/97)
Resolução 034/2001	Critérios para a administração sanitária de dejetos líquidos e águas servidas em portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira no MERCOSUL
Resolução 030/2002	Critérios para a gestão sanitária de resíduos sólidos em portos, aeroportos, terminais internacionais de carga e passageiros e pontos de fronteira no MERCOSUL
Resolução 007/2003	Inclusão da síndrome respiratória aguda grave (SARS) na lista e definição de doenças de notificação obrigatória entre os Estados Partes do MERCOSUL
Resolução 027/2004	Matriz mínima de registro de profissionais de saúde do MERCOSUL

Resolução 004/2005	Informação básica comum para a caderneta de saúde da criança
Resolução 006/2005	Pauta negociadora do SGT n° 11 “saúde” (revogação da resolução GMC nº 21/01)
Resolução 017/2005	Normas de vigilância epidemiológica, diagnóstico de laboratório, medidas de controle e esquemas terapêuticos de doenças priorizadas entre os Estados Partes do MERCOSUL
Resolução 018/2005	Diretrizes para metodologias de avaliação de tecnologias em saúde
Resolução 019/2005	Programa de cosmetovigilância na área de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes
Resolução 020/2005	Obrigatoriedade de comunicação entre os Estados Partes do MERCOSUL referente a produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes
Resolução 065/2006	Diretrizes para habilitação e funcionamento dos serviços de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal
Resolução 066/2006	Profissões de saúde do MERCOSUL
Resolução 012/2007	Diretrizes para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência
Resolução 013/2007	Pauta negociadora do SGT n° 11 “saúde”
Resolução 048/2007	Diretrizes para organização e funcionamento dos serviços de maternidade
Resolução 012/2008	Formulário de solicitação de avaliação de tecnologias em saúde
Resolução 021/2008	Declaração de saúde do viajante no MERCOSUL (revogação da resolução GMC nº 09/03)
Resolução 023/2008	Recomendações para a saúde dos viajantes
Resolução 052/2008	Guia para elaboração de informes de avaliação de tecnologias em saúde
Resolução 017/2009	Critérios para estabelecimento de taxas por emissão de certificados de livre prática, de controle sanitário de bordo e de isenção do controle sanitário de bordo
Resolução 001/2010	Proteção da saúde e da segurança de consumidores e usuários - aspectos operativos
Resolução 006/2012	Formulário de solicitação de avaliação de tecnologias em saúde (revogação da resolução GMC nº 12/08)
Resolução 007/2012	Profissões de saúde do MERCOSUL (revogação da resolução GMC nº 66/06)

Resolução 030/2012	Notificação prévia de exportação de efedrina, pseudoefedrina e as especialidades farmacêuticas que as contenham
Resolução 003/2013	Guia metodológico para estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde
Resolução 004/2013	Requisitos mínimos para elaborar planos de contingência para emergências de saúde pública de importância internacional (ESPII) em pontos de entrada designados pelos Estados partes segundo o RSI (2005)
Resolução 007/2013	Recomendações para a saúde dos viajantes (revogação da resolução GMC n° 23/08)
Resolução 009/2013	Diretrizes para o manejo sanitário de resíduos sólidos em portos, aeroportos, terminais internacionais de carga e passageiros e passos de fronteira terrestre no MERCOSUL (revogação da Resolução GMC nº 53/07)
Resolução 007/2014	Revogação das resoluções GMC Nº 41/00 e 42/00 referente ao sangue
Resolução 008/2014	Revogação da resolução GMC Nº 04/92 referente a medicamentos
Resolução 022/2014	Estrutura e organização da farmacopeia MERCOSUL
Resolução 024/2014	Farmacopeia MERCOSUL: método geral para a determinação de rotação óptica
Resolução 025/2014	Farmacopeia MERCOSUL: conceitos de miscibilidade e solubilidade
Resolução 026/2014	Farmacopeia MERCOSUL: método geral para a determinação de resíduo por incineração (cinzas sulfatadas)
Resolução 062/2014	Regulamento técnico MERCOSUL sobre lista de substâncias que não podem ser utilizadas em produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes (revogação da resolução GMC n° 29/05)
Resolução 063/2014	Regulamento técnico MERCOSUL para produtos saneantes à base de bactérias (revogação da resolução GMC n° 25/06)
Resolução 001/2015	Requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde
Resolução 003/2015	Requisitos de boas práticas em procedimentos para organização e funcionamento dos serviços de transplante de órgãos
Resolução 004/2015	Plano regional de saúde e segurança dos trabalhadores no MERCOSUL
Resolução 009/2015	Certificado de venda livre de produtos saneantes
Resolução 010/2015	Regulamento técnico MERCOSUL de boas práticas de fabricação para produtos saneantes (revogação das resolução GMC nº 56/96, 23/01 e 09/04)
Resolução 011/2015	Farmacopeia MERCOSUL:espectrofotometria infravermelha
Resolução 012/2015	Farmacopeia MERCOSUL: faixa ou temperatura de fusão

Resolução 013/2015	Farmacopeia MERCOSUL: perda por dessecação
Resolução 014/2015	Farmacopeia MERCOSUL: vacinas para uso humano
Resolução 015/2015	Farmacopeia MERCOSUL: determinação da água
Resolução 018/2015	Memorando de entendimento de cooperação entre o MERCOSUL e a Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS)
Resolução 023/2015	Procedimentos comuns para as inspeções nos fabricantes de produtos médicos e produtos para diagnóstico de uso in vitro nos Estados Partes
Resolução 024/2015	Mecanismo de intercâmbio de informação no MERCOSUL sobre desvios de qualidade relacionados a insumos farmacêuticos ativos (IFAS) e/ou não cumprimento das boas práticas por empresas fabricantes, distribuidoras, importadoras e fracionadoras de IFAS
Resolução 025/2015	Guia para estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde
Resolução 026/2015	Requisitos mínimos para elaborar Planos de Contingência para Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em pontos de entrada designados pelos Estados Partes segundo o RSI (2005)
Resolução 027/2015	Diretrizes para o manejo sanitário de resíduos sólidos, dejetos líquidos e águas servidas em portos, aeroportos, terminais internacionais de cargas e passageiros e passos de fronteira terrestres no MERCOSUL (Revogação das Resolução GMC Nº 51/07 e 53/07)
Resolução 029/2015	Requisitos de boas práticas para organização e funcionamento dos serviços de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal (Revogação da Resolução GMC N° 28/04)
Resolução 044/2015	Regulamento técnico MERCOSUL sobre lista de filtros ultravioletas permitidos para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes (revogação da Res.. GMC nº 25/05)
Resolução 045/2015	Revogação da resolução CMG nº 02/04 - entrada e saída de entorpecentes e substâncias psicotrópicas
Resolução 046/2015	Requisitos mínimos para inspeção em estabelecimentos que trabalham com produtos controlados
Decisão 031/2005	Estratégias conjuntas de fortalecimento de ações para enfrentar os riscos de uma pandemia de influenza aviária na região do MERCOSUL.
Decisão 017/2011	Fundo para a convergência estrutural do MERCOSUL projeto “investigação, educação e biotecnologias aplicadas à saúde”
Decisão 004/2015	Rede de pontos focais de saúde para a prevenção e o combate à falsificação de medicamentos e produtos médicos no MERCOSUL