

INTEGRAÇÃO REGIONAL E PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS: UMA ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA UNIÃO EUROPEIA E MERCOSUL

REGIONAL INTEGRATION AND PROMOTION OF HUMAN RIGHTS: AN ANALYSIS OF THE RIGHT TO HEALTH WITHIN THE EUROPEAN UNION AND MERCOSUR

Rosa Júlia Plá Coelho¹

Pedro Bruno Carneiro Martins²

RESUMO

O presente trabalho tem por escopo analisar o acesso ao direito fundamental à saúde no Mercosul em paralelo ao tratamento destinado pela União Europeia ao tema, sendo a pesquisa orientada para responder ao seguinte questionamento: é possível verificar alguma contribuição à consolidação do direito à saúde a partir dos processos de integração regional analisados? Para tanto, primeiramente, impende compreender-se o conjunto de atributos que melhor definem o Mercosul e a União Europeia. Em seguida, aborda-se o tratamento do direito à saúde dispensado nos dois projetos de integração. O dever de resguardo aos direitos humanos, nele encartado a preservação da saúde das populações dos Estados-Membros, é pedra angular para a sustentabilidade política dos processos de integração regional, o que necessita da efetiva promoção de políticas em saúde nacionais. A pesquisa é bibliográfica e documental e de natureza qualitativa. Por fim, este trabalho demonstra a profunda necessidade de equilíbrio entre os objetivos econômicos e a preservação dos direitos sociais, o que certamente marca o sucesso da integração europeia e deixa claro o déficit social do projeto Mercosulino.

PALAVRAS-CHAVE:

Integração regional, Direitos humanos e fundamentais, Efetivação do Direito à saúde, Mercosul, União Europeia.

ABSTRACT

The present paper aims to analyze the access to the fundamental right to health in Mercosur in parallel to the treatment given by the European Union. The research is oriented to answer the following question: is it possible to verify any contribution to the consolidation of the right to health within the regional integration processes experienced by the two blocs? To this end, it is important to first understand the set of attributes that best define Mercosur and the European Union. Then, the paper investigates how the two integration projects deal with the right to health. The duty to safeguard human rights, in which the preservation of health of populations

¹ Doutora em Direito Constitucional pela Universidade de Fortaleza, Mestre em Direito Constitucional pela Universidade de Santiago de Compostela, Advogada, Professora do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) e Direito Internacional Público da Especialização Lato Sensu da Universidade de Fortaleza.

² Mestrando em Gestão Internacional pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Pós-graduado em Direito Internacional pela Universidade de Fortaleza, Graduado em Direito pelo Centro Universitário 7 de Setembro.

of the Member States is addressed, is a cornerstone for the political sustainability of regional integration processes, which requires the effective promotion of domestic health public policies. The research is bibliographic and documentary, and qualitative in nature. Finally, this work demonstrates the profound need for a balance between economic objectives and the preservation of social rights, which certainly marks the success of European integration and unveils the social deficit of the Mercosur project.

KEYWORDS:

Regional integration, Fundamental and human rights, Effectiveness of Right to health, Mercosur, European Union.

1. INTRODUÇÃO

A globalização, fenômeno que remonta ao século XV quando da ocorrência das grandes navegações, pode ser compreendida pela intensificação dos processos de integração econômica, social, cultural e política das sociedades em escala mundial. Em consequência, as implicações do trespasse das linhas fronteiriças, outrora tão caras ao conceito de soberania, passaram a sofrer substancial flexibilização ante a nova necessidade dos Estados em lidar com o aumento dos fluxos migratórios e celebrar novos acordos econômicos.

É nesse contexto que se pode verificar no mundo contemporâneo a movimentação dos mais diversos países do globo no sentido de aprofundar as relações e parcerias firmadas com seus vizinhos no intuito de fortalecer suas economias e melhorar a qualidade de vida dos seus cidadãos. Assim, como consequência do processo de intensificação de relações regionais, surgem os blocos econômicos, legítimas pessoas de direito público internacional, a quem o direito internacional tem conferido, cada vez mais, poderes para ingerir nas decisões globais.

Importa destacar, todavia, que essa integração não pode ocorrer à margem da promoção dos direitos humanos e sociais, vez que desde as atrocidades praticadas na Segunda Guerra Mundial, esses direitos têm igualmente passado por um intenso processo de internacionalização, protagonizando as mais relevantes discussões travadas pelos atores internacionais.

É sob esse espectro que se analisa a efetivação dos direitos humanos no âmbito dos blocos regionais, de modo a identificar como o direito à saúde tem sido implementado pela União Europeia e de que modo poderia ser melhor resguardado no âmbito do Mercado Comum

do Sul. Busca-se, com isso, responder ao problema da pesquisa: em que medida os processos de integração regional na União Europeia e Mercosul podem contribuir para a promoção do direito à saúde nos Estados-Membros?

Desse modo, o presente trabalho tem início com um breve panorama acerca do surgimento dos blocos econômicos regionais, sendo abordado o processo de integração regional comumente verificado. Após, são expostas as principais características dos atuais estágios de integração verificados no Mercosul e União Europeia, para finalmente ser discutido como a questão do direito à saúde vem sendo conduzida no âmbito dos blocos regionais estudados, sobretudo diante do viés político econômico que norteia a condução dos dois modelos de integração adotados, o primeiro com matiz intergovernamental e o segundo supranacional. Para tanto, os métodos empregados são o dedutivo, o qualitativo e o estudo de caso. A pesquisa é exploratória (abrangendo busca por informações contidas em material doutrinário, artigos científicos e notícias veiculadas em sítios institucionais disponibilizados na internet) e aplicada, em virtude do emprego de conhecimentos teóricos à problema prático.

Assim, torna-se possível mapear como o tema da saúde tem sido conduzido em meio aos processos de integração regional da União Europeia e Mercosul, possibilitando identificar eventuais contribuições à promoção do direito em análise. Conclui-se da profunda correlação existente entre o avanço da integração regional e a efetivação do direito à saúde no seio dos dois blocos, apontando-se maior desenvolvimento na proteção aos direitos humanos na União Europeia por força da implementação de políticas comunitárias e de verdadeiro déficit no trato dos direitos sociais no contexto Mercosulino. Tal constatação aponta para o necessário adensamento da integração regional para que se possa cumprir as etapas do projeto rumo à concretização do Mercado Comum do Sul, de forma alargada e efetiva, privilegiando os aspectos políticos, econômicos e sociais já enunciados no Tratado de Assunção.

2. O SURGIMENTO E A CONSOLIDAÇÃO DOS BLOCOS ECONÔMICOS REGIONAIS MUITO ALÉM DO VIÉS ECONÔMICO

Embora a globalização seja um processo antigo, o mesmo não se pode dizer acerca da consolidação dos principais blocos regionais, tendência essa que somente pôde ser melhor

observada a partir da década de 90. O afirmado é constatado quando se verifica que, em 1991, o Tratado de Assunção funda o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL); em 1992 a Ásia estabelece uma zona de livre comércio por meio da Associação de Nações do Sudeste Asiático (ASEAN); em 1993 o Tratado da União Europeia (Tratado de Maastricht) entra em vigor dando origem à União Europeia – antes Comunidade Econômica Europeia, criada em 1958; em 1994 o continente africano funda o Mercado Comum da África Oriental e Austral (COMESA, do inglês) e, no mesmo ano, a América do Norte celebra o *North America Free Trade Agreement (NAFTA)*.

Esse exponencial aumento do número de blocos econômicos regionais se deve, conforme já narrado, ao crescente interesse e, em certa medida, necessidade dos Estados em promover uma maior integração econômica, social, política e cultural. Isso porque, após a Segunda Guerra Mundial, o avanço da tecnologia e a especialização do trabalho implicou em uma maior pulverização das cadeias produtivas, revelando às diversas nações a importância de se internacionalizar suas economias. Nesse sentido, aduz Lingyuan:

Todos esses desenvolvimentos impulsionam a produção, logística e outras atividades econômicas para muito além dos limites nacionais, o que demanda a eliminação de barreiras econômicas e institucionais para uma economia globalizada (LINGYUAN, 2006, p. 157, tradução nossa).³

Assim, tem-se na integração regional uma possibilidade de desenvolvimento econômico em decorrência da redução do custo de produção, aumento da oferta de emprego advinda da expansão da economia, maior atratividade para investimentos estrangeiros e acréscimo da disponibilidade de produtos e serviços.

Todavia, ainda que em um momento inicial a formação dos blocos regionais tenha como fim imediato o reforço da economia, as vantagens provenientes desse processo não se limitam ao âmbito econômico, haja vista também implicarem em profundas alterações positivas no campo da democracia e dos direitos humanos.

A instituição e adoção da Cláusula Democrática pelo Mercosul, Bolívia e Chile, pela via de inserção do compromisso em seu direito originário por meio do Protocolo de Ushuaia (1998), por exemplo, constitui claro indício do fomento à adoção do regime político democrático, vez

³ No original: *All these developments push production, logistics and other economic activities farther beyond national boundaries, which calls for the elimination of market and institutional barriers to economic globalization.*

que a ameaça às instituições democrática pode acarretar na aplicação de sanções pelos outros Estados-Membros do bloco ou, até mesmo, na suspensão do Estado que viola a cláusula, como no sucedido com o Paraguai em 2012 e no recente caso da Venezuela em 2017. Plá Coelho e Vasconcelos (2015) assinalam:

Tal instrumento determinou o regime democrático como pressuposto necessário para a participação no bloco, sendo, pois, uma das maiores preocupações dos signatários do Mercosul a preservação da democracia, o que evidencia o repúdio a pretensões golpistas e de regimes fortes tendentes a suprimir as liberdades públicas, solidificadas no Estado Democrático e Social.

No mesmo sentido, foi o Ato único Europeu (1987) que na União Europeia promoveu a inserção original de uma forma genérica de proteção dos direitos humanos em um texto de direito originário das Comunidades Europeias, consoante o compromisso assumido pelos Estados-Membros no seu Preâmbulo (PLÁ COELHO, 2005, p. 53).

Já em relação à proteção dos direitos humanos, a elaboração do Protocolo de Assunção sobre Compromisso com a Promoção e a Proteção dos Direitos Humanos do Mercosul no ano de 2005 no âmbito da integração na América Latina, bem como a celebração do Tratado de Amsterdã em 1997 e, posteriormente, da incorporação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e adesão do bloco à Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (CEDH) no bojo do Tratado de Lisboa, demonstram a posição destaque que essa categoria de direitos tem ocupado perante os dois blocos regionais.

Antes de adentrar no tema da efetividade dos direitos humanos em meio à integração regional, contudo, faz-se necessária uma melhor compreensão dos diferentes estágios existentes no processo de integração para que se possa entender o grau de comprometimento dos Estados em relação à matéria dos Direitos Humanos.

2.1. O Mercosul como modelo Intergovernamental de Integração Regional da América Latina

Fruto da relação comercial bilateral entre Brasil e Argentina na década de 80, o Mercado Comum do Sul – MERCOSUL – é oficializado em 1991 quando da celebração do Tratado de Assunção, sendo originariamente constituído por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, todos

na condição de membros fundadores. Em 2012, a Venezuela adere ao bloco regional, embora se encontre suspensa desde 2016 por descumprimento ao seu protocolo de adesão, somando-se a isso o fato de ter, posteriormente, violado a Cláusula Democrática instituída pelo bloco. Os demais países que integram a América do Sul relacionam-se com o grupo na qualidade de membros associados, à exceção da Bolívia que está passando pelo processo de adesão.

Além disso, insta observar que somente três anos após a sua fundação, com a celebração do Protocolo de Ouro Preto, é que o Mercosul adquiriu personalidade jurídica de direito internacional público e foram delineadas as principais funções dos três órgãos que contam com capacidade decisória: Conselho do Mercado Comum, Grupo Mercado Comum e Comissão de Comércio do Mercosul. Nesse sentido, o art. 2º do Protocolo de Ouro Preto é imperativo ao asseverar que somente os referidos órgãos detém poder decisório, estando este adstrito ao plano da intergovernabilidade, bem como exercido pelo consenso e na presença de todos os Estados-Membros (art. 37).

Com isso, já se faz possível dizer que, até o presente momento, inexistem no Mercosul órgãos dotados de supranacionalidade, capazes de impor suas decisões a todos os Estados-Membros independentemente da vontade destes. Conforme destaca Portela:

Tampouco é possível afirmar que vigorem no MERCOSUL as noções de efeito direto e de aplicabilidade imediata, típicas do Direito Comunitário, exigindo-se, portanto, que as decisões sejam devidamente incorporadas ao ordenamento interno dos Estados pelos mecanismos cabíveis (PORTELA, (2019, p. 1237).

Continuando a análise dos principais elementos que identificam o Mercosul, cumpre destacar que o bloco ainda é classificado por doutrinadores como Husek (2017, p. 285) e Portela (2019, p. 1236), Plá Coelho (2017, p. 236) como uma união aduaneira imperfeita, tendo em vista o elevado número de produtos cobertos pelas listas de exceções à Tarifa Externa Comum (TEC). Com isso, as barreiras ainda existentes para o ingresso de produtos nos Estados que compõem o Mercosul impedem a consecução de uma zona de livre circulação de mercadorias plena.

Por fim, pela pertinência ao assunto objeto de estudo do presente artigo, não se pode deixar de ressaltar que em paralelo à consolidação do bloco como propulsor das economias estatais, surgirá a percepção de que também se faz necessária a promoção dos direitos humanos para o pleno sucesso do processo de integração regional. Verifica-se o ora dissertado pelo

conteúdo previsto no já mencionado Protocolo de Assunção sobre Compromisso com a Promoção e a Proteção dos Direitos Humanos do Mercosul, em vigor desde o ano de 2010, reafirmando as diretrizes da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (1948)⁴.

O referido Protocolo (Mercosul, 2010) prescreve, logo em seu art. 1º, que “o respeito dos direitos humanos e das liberdades fundamentais são condições essenciais para a vigência e evolução do processo de integração entre as partes”. O art. 2º, por sua vez, estabelece o compromisso dos mecanismos institucionais derivados do Mercosul em resguardar e promover os direitos humanos.

Assim, ainda que o desenvolvimento econômico tenha se apresentado como principal motor no que tange à criação do bloco regional do Cone Sul, seus integrantes não vislumbram sua manutenção e, posterior evolução, dissociados da implementação de políticas públicas que possibilitem a garantia e promoção dos Direitos Humanos, sobretudo em virtude da grande desigualdade social enfrentada por todos (CARTA WINTER; BUTTENDORFF, 2016, p. 121).

2.2. União Europeia: Vanguarda no esquema da Supranacionalidade como Instrumento de Proteção aos Direitos Humanos e Sociais

O início do processo de formação do que hoje se entende por União Europeia remonta ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando devastados economicamente e com uma inenarrável perda humana, os países europeus viram na integração regional a possibilidade de recuperação da economia e apaziguamento de futuros conflitos armados. Assim, após a criação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA) e, posteriormente, da Comunidade Econômica Europeia (CEE), seguido de outros instrumentos convencionais, é firmado o Tratado de Maastricht, em 1992, responsável por instituir a União Europeia. A partir de dezembro de 2009, entra em vigor o Tratado de Lisboa, o qual confere expressamente à União Europeia uma personalidade jurídica própria, além de sistematizar de forma mais clara os três

⁴ Primando pela proteção e promoção dos direitos à vida, liberdade e segurança, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) assume o papel de guardião do Pacto de São José da Costa Rica ao atribuir sanções aos Estados-Membros da Organização dos Estados Americanos que violarem o Pacto.

tipos de competências que detém em relação aos domínios de intervenção: exclusiva, partilhada e de apoio (Parlamento Europeu, 2020).

Nos temas de competência exclusiva da União, somente esta detém o poder de legislar e adotar atos juridicamente vinculantes, restando aos Estados-Membros a mera execução dos atos praticados pelos órgãos comunitários. Essa categoria compreende temas como a união aduaneira e a política monetária dos países da zona do euro (Comissão Europeia). Os temas de competência partilhada são marcados pela atuação subsidiária dos Estados-Membros, vez que estes somente encontram-se autorizados a exercer sua competência caso a UE não a tenha exercido anteriormente. Por fim, tem-se a competência de apoio, em que o bloco detém restrito espaço de atuação, sendo “competente para desenvolver ações destinadas a apoiar, coordenar ou a complementar a atuação dos Estados-Membros, sem prejuízo da competência destes nos domínios que lhes são reservados” (PORTELA, 2019, p. 1264). Válido destacar que a saúde pública, pela complexidade que lhe é inerente, encontra-se classificada, ao mesmo tempo, como tema de competência partilhada e de apoio a depender da matéria específica a ser tratada.

Atualmente, o bloco é composto por vinte e sete Estados-Membros⁵, representando o melhor exemplo de uma união econômica e monetária bem sucedida. Ainda, detém como grande diferencial a adoção da supranacionalidade como forma de integração regional, sendo o único a bloco a de fato vivenciar de forma plena o Direito Comunitário.

Nesse sentido, anota Mazzuoli (2019, p. 959) que esse modelo de organização implica na transferência parcial, por parte dos Estados, de sua competência legislativa para um órgão supranacional responsável por editar normas que serão aplicadas de modo uniforme em todo o espaço da União Europeia, inclusive sobrepondo-se ao direito interno. Com isso, esses órgãos são competentes para criar seu próprio direito e aplicá-lo de forma direta e imediata – a exemplo do Direito Comunitário da União Europeia, prescindindo de qualquer procedimento relativo à incorporação da norma editada ao ordenamento jurídico interno dos Estados-Membros para sua validade e/ou efetividade. Prevalece, portanto, a supremacia do Direito Comunitário em detrimento do Direito Interno.

⁵ Vale destacar que o bloco passou por uma recente alteração em sua composição com o egresso do Reino do Unido (BREXIT) em 31 de janeiro de 2020.

Compondo essa estrutura supranacional, cabe abordar, ainda que de forma breve, as principais instituições responsáveis por ditar os rumos do bloco regional, materializando suas decisões.

Primeiro, tem-se o Conselho Europeu como órgão de cúpula, encarregado de definir as orientações e prioridades políticas gerais da União Europeia, não exercendo função legislativa. Isso porque o processo legislativo já tem sua condução definida a partir de três grandes instituições: o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia e a Comissão Europeia.

Formado atualmente por 705 deputados eleitos pelo sufrágio universal direto com o dever de representar os cidadãos europeus dos seus respectivos Estados-Membros, o Parlamento Europeu detém função legislativa e de controle, na medida em que participa da elaboração das normas comunitárias, sobre as propostas do Conselho da União Europeia e da Comissão Europeia, além de monitorar os atos do Conselho Europeu e da Comissão Europeia.

O Conselho da União Europeia, também denominado de Conselho de Ministros, tem a função de representar os interesses dos governos nacionais, diferentemente do que ocorre com a Comissão Europeia, que vela pelos interesses comunitários e representa a UE nas relações com os Estados-Membros e nas negociações com outras organizações internacionais.

Por fim, não se pode deixar de mencionar o Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE), composto por um juiz de cada país da União Europeia e 11 advogados-gerais. Permitindo inclusive o acesso direto aos cidadãos europeus que se sentiram lesados por ação ou inação de uma instituição europeia, o TJUE tem como atribuição fiscalizar a legalidade dos atos das instituições da UE; garantir o cumprimento das obrigações decorrentes de Tratados pelos Estados-Membros e interpretar o direito europeu no intuito de velar pela sua aplicação uniforme em todo o território da União. Dessa forma, além de interpretar e aplicar a legislação europeia, também detém competência para anular atos legislativos europeus e aplicar sanções às instituições europeias que, por ação ou omissão, venham a lesar os interesses de particulares e/ou empresas (União Europeia, 2020).

Em relação ao resguardo e promoção dos direitos humanos, a União Europeia conta com ampla legislação que denota a prioridade com que o tema tem sido discutido, sendo pertinente destacar a assinatura do Tratado de Amsterdã, em 1997, e a elaboração da Carta dos Direitos

Fundamentais da União Europeia, de 2000. Incorporada ao Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, a Carta dispôs expressamente em seu Preâmbulo:

Consciente do seu patrimônio espiritual e moral, a União baseia-se nos valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, da liberdade, da igualdade e da solidariedade; assenta no princípios da democracia e do Estado de Direito. Ao instituir a cidadania da União e ao criar um espaço de liberdade, segurança e justiça, coloca o ser humano no cerne de sua ação (União Europeia, 2010).

A importância do primeiro documento repousa no fato de que, conforme aponta Alston e Weiler (1998, p. 673-674), reforça a fundação da União Europeia sobre os princípios da liberdade, democracia e direitos humanos. Além disso, o Tratado instaurou a possibilidade de suspensão dos direitos inerentes ao membro do bloco que incorrer em violação aos Direitos Humanos. Já a Carta declara, em seu preâmbulo, ser necessário fortalecer a proteção dos direitos humanos face às transformações sociais advindas do transcurso do tempo, passando a elencar um extenso rol de direitos distribuídos em cinquenta artigos.

Nesse diapasão, sustenta Piovesan (2000, p. 50) que junto ao processo de integração econômica da União Europeia, progressivamente tem-se condicionado a permanência e o ingresso dos Estados no bloco ao respeito e efetivação dos direitos humanos.

Portanto, fica evidente que o progressivo fortalecimento econômico da região compreendida pela União Europeia representa, atualmente, apenas mais um dos objetivos centrais perquiridos pelo bloco, posto a proteção e promoção dos direitos humanos igualmente figurar no bojo dos principais propósitos que almeja alcançar.

3. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

A importância do direito à saúde e sua universalidade encontram-se há anos estampadas nos mais diversos documentos de direito internacional público, sendo oportuno destacar que, desde 1966, o art. 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais adotado pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, determina aos Estados-Membros do pacto o reconhecimento do “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (ONU, 1966).

Nesse compasso, verifica-se que, por ostentar o status de direito humano fundamental devidamente encartado no rol dos direitos fundamentais, não cabe ao Estado unicamente respeitar e protegê-lo, mas principalmente agir com o fito de promover a sua máxima efetivação. Afirma Marmelstein (2014, p. 294) que o Estado deverá respeitar o direito fundamental de modo a não violá-lo; deverá protegê-lo para que não seja violado por terceiros e, por fim, deverá promovê-lo no intuito de possibilitar que todos os cidadãos dele usufruam.

Assim, arremata o autor que os direitos fundamentais – e deles não se pode excluir o direito à saúde – devem ser, na verdade, compreendidos como direitos negativos, porquanto demandam que o Estado se abstenha de lesá-los, e direitos positivos, exigindo-se deste uma atuação positiva que implique na proteção e promoção dos direitos dessa classe (MARMEELSTEIN, 2014, p. 294).

De fato, a exemplo do que ocorre com outros direitos sociais elencados pela Consituição Federal em seu art. 6º como o direito à educação e segurança, a plena realização da saúde somente é alcançada mediante uma postura proativa dos Três Poderes que integram uma determinada nação. Seja por meio da correta execução de políticas públicas no âmbito do Executivo, seja pela promulgação de leis que fomentam o aprimoramento da saúde pública por parte do Legislativo ou mesmo pela atuação do Judiciário no sentido de resguardar o cidadão que teve seu direito violado, o Estado exerce papel fulcral na efetivação do direito à saúde (AITH, 2019, p. 27).

Afora o caráter positivo e negativo, importante também destacar que a efetivação do direito à saúde constitui, implicitamente, condição necessária à proteção do direito à vida. Não há como se falar em inviolabilidade do direito à vida e, paralelamente, o Estado não disponibilizar aos seus cidadãos os meios necessários à consecução e manutenção da saúde.

Para tanto, a sua efetiva proteção e promoção perpassa, necessariamente, por uma interpretação holística do conceito de “direito à saúde”, sendo profícua a definição fornecida pela Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946 que, quando do momento de sua criação, estabeleceu que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. (OMS, 1946, p. 1, tradução nossa). Redimensionado o termo para albergar as três dimensões mencionadas, destacam Kölling e Araújo que:

É a partir dessa definição que se deve pensar o direito à saúde como demanda jurídica voltada à inclusão social, para que tal direito seja pauta de discussão de direitos mínimos, exigindo-se não só a ampliação da tutela jurisdicional, mas também das políticas públicas de saúde (KÖLLING; ARAÚJO, 2018, p. 116).

Ainda nessa esteira, continuam os autores destacando que o direito à saúde igualmente deve ser tratado como elemento edificante do Estado Democrático de Direito, haja vista desempenhar papel central na efetivação da cidadania, já que a própria Declaração Universal dos Direitos do Homem, em seu artigo 25, é assertiva ao identificar o direito em análise como uma necessidade social do homem (KÖLLING; ARAÚJO, 2018, p. 127).

É sob esse prisma que se pretende analisar como o direito à saúde tem sido regulamentado no âmbito da União Europeia para, observadas as especificidades dos diferentes processos de integração regional, tecer as considerações cabíveis no contexto mercosulino.

3.1. Reconhecimento e proteção do direito à saúde no contexto da União Europeia

Conforme aponta Greer (2009, p. 22), ao passo que a legislação ainda exerce um papel marginal quando se trata de política de saúde no âmbito da União Europeia, a jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia tem desempenhado um importante papel na efetivação do direito em comento. Isso porque a UE somente pode agir dentro dos poderes que lhes foram conferidos mediante tratados, forma encontrada pelos Estados-Membros de tentar conservar o máximo de autonomia possível em determinadas áreas, como no caso da saúde, em que quase nenhuma competência fora alocada à UE. Já o TJUE detém o poder de impor suas decisões em detrimento daquelas prolatadas pelas Cortes dos Estados-Membros, possibilitando que os interesses isolados de cada Estado sejam suplantados em prol do interesse coletivo, aqui materializado na União Europeia.

Isso ocorre porque os representantes dos órgãos que integram o Poder Legislativo Comunitário invariavelmente encontram-se adstritos aos interesses políticos envolvidos dos seus respectivos Estados, tais como impacto financeiro das medidas propostas e satisfação de determinados grupos sociais, enquanto que ao Judiciário cumpre velar pelo respeito e promoção das regras e princípios que orientam o bloco, sendo garantida uma maior autonomia em sua atuação.

Nesse diapasão, faz-se necessária uma breve análise dos principais atos pertinentes aos órgãos supranacionais e sua consequente capacidade de vincular os Estados-Membros. Em primeiro lugar, os regulamentos constituem ato legislativo vinculativo, capazes de impor o previsto no documento a todos os países que pertencem à União Europeia. Já as diretivas fixam um objetivo geral que deverá ser perquirido por todos, embora cada Estado fique encarregado de elaborar sua própria legislação para o fiel cumprimento da diretiva. As decisões, por sua vez, somente obrigam aqueles a quem se dirige especificamente, ao passo que as recomendações e os pareceres são destituídos de qualquer caráter vinculativo (Comissão Europeia, 2021).

É justamente nesse contexto que se inserem algumas das principais regras que regem os mais diversos aspectos do direito à saúde no espaço integrado europeu, de modo que se intenta apresentar um panorama da situação vigente relativa ao direito em comento.

Inicialmente, atendendo ao previsto pelo art. 53, § 2º, do Tratado de Lisboa, a diretiva 93/16 formulada pelo Conselho Europeu facilita a livre circulação dos médicos e promove o reconhecimento mútuo dos seus diplomas e demais qualificações formais. Na mesma esteira, a Declaração de Bolonha (1999), assinada pelos Ministros da Educação de 29 países europeus, estabeleceu o Espaço Educacional Europeu de Educação Superior, de modo a constituir o marco definitivo para uma maior integração dos estudos universitários no território da União Europeia e a sua pertinente vinculação com as demandas sociais, merecendo destaque o âmbito da saúde (União Europeia, 2010).

De pronto, já se pode identificar que a livre circulação de bens, pessoas, serviços e capitais, elemento fundamental nos processos de integração europeia, tem apresentado impacto direto no sistema de saúde integrado presente na União Europeia, vez que possibilita o aumento do fluxo de profissionais da área – favorecendo a busca pelo equilíbrio entre oferta e demanda de médicos - e intercâmbio de dados e descobertas científicas.

No mesmo sentido, o princípio da livre circulação também tem sido invocado pelos pacientes que buscam tratamento em país diverso daquele em que residem. Aprovada em 9 de março de 2011, a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços estabelece em seus arts. 21 e 26 que, respeitadas as condições previstas no documento, os cidadãos da União Europeia têm o direito

de escolher em qual Estado-Membro desejam receber os cuidados de saúde necessários, sendo posteriormente reembolsados por seu país de origem pelas despesas decorrentes do tratamento.

Aqui vale destacar que a cidadania conferida por cada Estado-Membro do bloco não se confunde com aquela concedida pela própria União Europeia, devendo esta ser compreendida em um nível supranacional. Ainda que a cidadania nacional represente elemento constitutivo da cidadania europeia, ou seja, somente poderá ser considerado um “cidadão europeu” aquele que já detenha a cidadania de um dos Estados-Membros do bloco, ambas guardam uma relação de adição ou complementariedade entre si, mas nunca exclusão (BAUBOCK, 2014, p. 757), sendo justamente a europeia que assegura os cuidados de saúde no espaço comunitário.

Diante do exposto, estabelece o art. 9º do Tratado da União Europeia (TUE) e o art. 20 do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE) que será considerado cidadão da União “qualquer pessoa que tenha a nacionalidade de um Estado-Membro”, sendo a nacionalidade definida a partir da legislação interna de cada Estado-Membro.

Apresentar contornos bem delineados do quem vem a ser o “cidadão europeu” é de grande importância para fins de delimitar quem tem acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços garantidos pela Diretiva 2011/24/EU, matéria de grande importância para a efetivação do direito à saúde no bloco econômico, vez que compreende desde os custos relativos à prescrição e aquisição de medicamentos, até procedimentos hospitalares e cirurgias de maior porte que, em algum grau, envolvem mais de um Estado.

Atualmente, em substituição aos burocráticos formulários para requisição de tratamento transfronteiriço, aponta a Comissão Europeia, em sua página institucional, que todos os 27 membros da União Europeia, bem como Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça introduziram em seus territórios o uso do Cartão Europeu de Seguro de Doença, garantindo a todos os seus portadores já segurados⁶ em seus respectivos Estados de residência pelo sistema de seguridade social o acesso às intervenções médicas necessárias quando temporariamente se encontrarem em outro Estado membro.

⁶ Como bem lembra Guimarães e Giovanella (2006, p. 1799), não há uma uniformidade na configuração dos sistemas de seguridade social nos países da União Europeia, de modo que alguns seguem o modelo bismarkiano (são as contribuições dos empregadores e trabalhadores que financiam o acesso à saúde pública) e outros o modelo beveridgiano (sistema nacional de saúde é custeado a partir dos recursos fiscais).

Conforme informa a Comissão Europeia, poderá adquirir o cartão qualquer indivíduo que seja segurado ou coberto pelo sistema de seguridade social de algum Estado-Membro da União Europeia, Islândia, Liechtenstein, Noruega ou Suíça. Além disso, também será elegível para a aquisição do cartão aquele que, embora cidadão de um país não listado acima, esteja residindo legalmente dentro do território da União Europeia e se encontre coberto por um programa de seguridade social.

Embora ainda estejam sendo debatidas questões fundamentais sobre o contorno da responsabilidade dos Estados pelos custos inerentes aos tratamentos, a livre circulação, acompanhada de uma política bem definida de custeio dos tratamentos influenciam diretamente no êxito da consolidação do bloco regional, conforme aduz Gevers:

A diversidade dos sistemas de cuidado à saúde ao longo de uma Europa ampliada irá estimular o movimento de pessoas. Aprimorar a mobilidade do paciente e do provedor não é somente essencial para a conclusão do mercado comum, mas também aprimorar o uso eficiente de recursos escassos (GEVERS, 2004, p. 32, tradução nossa).⁷

Além disso, entende Rich (2006, p. 105) que o desenvolvimento de políticas sociais que visem a promover uma maior integração dos sistemas de atendimento transfronteiriço poderá impactar positivamente na redução do custo com cuidados médicos e possibilitar uma melhor proteção do direito à saúde. Para ilustrar, cita-se o exemplo de Luxemburgo que, por não contar com uma infraestrutura de cuidados básicos à saúde capaz de atender às necessidades dos seus nacionais, apresentava um gasto com atendimentos transfronteiriços equivalente a 9% do total dispendido com o setor da saúde. Dessa forma, Luxemburgo foi capaz ofertar aos seus nacionais e residentes um tratamento médico de qualidade por intermédio de outros Estados-Membros da União Europeia, sem necessariamente ter que aparelhar toda uma infraestrutura voltada para o sistema de saúde pública interno.

Para ficar com o mesmo País, ainda se faz possível destacar a cooperação firmada entre os hospitais universitários de Luxemburgo, Estrasburgo (França) e Liège (Bélgica). Relata o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (2006) que pacientes provenientes de Luxemburgo não tinham acesso a transplantes de fígado, tendo em vista o procedimento não ser realizado dentro do País, e que a partir do network criado entre as instituições desses

⁷ No original: *The diversity in health care systems across an enlarged Europe will stimulate the movement of persons. Improving patient and provider mobility is not only essential for the completion of the common market, but also to enhance efficient use of scarce resources.*

Estados, agora bastam duas horas de carro (até Estrasburgo) ou quatro horas (até Liège) para que realizem o transplante em centros de referência mundial.

Visando ao constante aperfeiçoamento dos atendimentos no espaço europeu, a União Europeia tem progressivamente caminhado rumo ao avanço desses cuidados mediante o aperfeiçoamento das tecnologias responsáveis pelo compartilhamento de dados dos pacientes. Nesse sentido, atualmente já se faz possível que médicos atuantes em países como Portugal e Croácia tenham acesso a dados de saúde de cidadãos provenientes de Malta, ou que prescrições médicas de um cidadão finlandês tenham validade em farmácias da Estônia. Segundo dados da Comissão Europeia, projeta-se que até final do presente ano, 22 países da UE tenham implantado os serviços de prescrição eletrônica (*ePrescription*) e resumo de saúde (*Patient Summary*) por meio da infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha já existente, reduzindo sobremaneira a perda de tempo e dinheiro causadas pela realização de atos em duplicidade.

Assim, não se pode olvidar que a Diretiva 2011/24/UE (União Europeia, 2011) ora tratada constitui mecanismo capaz de dar efetividade ao previsto pelo art. 168, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, o qual reza que “na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde” e “a União incentivará a cooperação entre os Estados-Membros (...)” (União Europeia, 1957).

A consolidação e constante avanço dos cuidados transfronteiriços, portanto, revela-se como um importante elemento de efetivação do direito à saúde no âmbito da União Europeia, na medida em que facilita o acesso dos pacientes aos tratamentos médicos prescritos (seja pela maior proximidade física dos centros de tratamento, seja pela redução do tempo perdido em longas filas de espera), possibilita a submissão a terapêuticas mais avançadas ou mesmo cria oportunidades de aquisição de conhecimento e experiência para os profissionais da saúde ao fomentar o diálogo entre profissionais de diferentes nações.

Por fim, considerando que mais de 1 em cada 3 europeus vivem em áreas de fronteira (Parlamento Europeu, 2019), uma análise mais atenta sobre esse tipo cuidado à saúde ainda revela especial relevância nessas regiões conforme apontam Ried e Marschall:

(...) regiões de fronteira dentro de um país tendem a ser supridas de forma deficitária em relação a tratamentos especializados. Assim, com a utilização comum de recursos

relativos a cuidados de saúde transfronteiriços, regiões de fronteira podem aprimorar as provisões de cuidados à saúde para a população local. Por exemplo, o hospital mais próximo para um paciente que vive em um Estado-Membro pode estar localizado do outro lado da fronteira. Tecnicamente, pode ser possível realizar economias de escala graças ao aumento do uso de facilidades já existentes, como, por exemplo, leitos hospitalares (RIED; MARSCHALL, 2016, p. 21, tradução nossa).⁸

A contribuição da União Europeia para a área da saúde, todavia, não se restringe ao sucesso na implementação e desenvolvimento dos cuidados transfronteiriços, vez que os benefícios colhidos pelos Estados-Membros que compõem o bloco econômico podem ser sentidos em outras áreas.

Inicialmente, vale ressaltar que após levantamento realizado pelo Parlamento em 2018, verificou-se que 69% dos cidadãos europeus desejam ver uma maior atuação do bloco no âmbito da saúde a nível supranacional (European Parliamentary Service, 2019, p. 1).

O relatório “*The benefit of EU action in health policy: the record to date*” elaborado pelo Serviço de Pesquisa do Parlamento Europeu, em março de 2019, demonstra os avanços que tem sido realizados na saúde a partir da atuação da UE. Dos incontáveis benefícios, pode-se citar a maior fiscalização e redução dos custos em relação à comercialização de produtos médicos; coordenação de ações conjuntas para prevenção do câncer por meio do Centro Comum de Investigação (órgão interno da Comissão Europeia); investimento de mais de 11,6 milhões de euros para prevenção, detecção precoce e redução de danos causados por doenças infecciosas transmissíveis; aprimoramento de produtos farmacêuticos e tratamentos inovadores; coordenação de ações conjuntas para o combate contra a falsificação de medicamentos e maior integração na troca de dados oficiais entre cientistas situados ao longo do território europeu.

Com isso, não há como questionar a relevância do papel que vem sendo desempenhado pela União Europeia no que toca à efetivação do direito à saúde pelos seus cidadãos, de modo que agora o presente trabalho se propõe a analisar como se encontra a atuação do Mercosul no

⁸ No original: (...) *border regions within a country tend to be under-supplied with respect to specialist treatment. Thus, with common utilization of supply capacities by means of cross-border health care, border regions may enhance health care provision for the local population. E.g., the nearest hospital for a patient living in one Member State may be located across the border. Technically, it may be possible to realize economies of scale due to a higher usage of existing facilities such as, e.g., hospital beds.*

âmbito da saúde e o que poderia ser feito para aprimorar o acesso à saúde nos Estados que o integram.

3.2. Panorama da saúde no Mercosul e o caminho a ser trilhado pelo bloco em busca da efetivação deste direito

Diferentemente do amplo caminho trilhado pela União Europeia no sentido de prover maior efetividade ao direito à saúde por intermédio do elevado grau de integração regional experimentado, o mesmo processo não se observa com a mesma intensidade no Mercosul, verificando-se poucas políticas de relevância que tenham por objetivo ampliar o acesso à saúde nesse espaço geográfico. Além disso, recentes dissonâncias ideológicas entre os chefes de Estado do Brasil e Argentina, países de maior peso econômico do bloco, suscitaram novos questionamentos acerca da estabilidade e até capacidade de sobrevivência das conquistas alcançadas, inaugurando um novo capítulo conturbado na história do bloco Mercosulino.

Após a eleição de Alberto Fernández para o cargo de presidente da Argentina em outubro de 2019, por exemplo, o atual presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, passou a externar abertamente o seu descontentamento com o desfecho eleitoral, chegando inclusive a mencionar expressamente que o Mercosul agora encontrava-se sob risco, sendo necessário “ter uma alternativa no bolso” (MOREIRA, 2019), o que fora interpretado como uma eventual denúncia do Tratado de Assunção. No mesmo ano, em relação ao Uruguai, Bolsonaro manifestou sua preferência pela vitória do candidato à presidência Luis Lacalle Pou, atitude que lhe rendeu críticas do próprio candidato, além de uma convocação do embaixador brasileiro em Montevideú para dar explicações (MOREIRA, 2019). Por fim, em uma tentativa de aproximar o Brasil dos Estados- Unidos, o presidente brasileiro celebrou acordo de importação de trigo sob o regime de tarifa zero, ato compreendido como violação da Tarifa Externa Comum do Mercosul e com potencial a gerar danos econômicos à Argentina, principal fornecedora de trigo para o Brasil (ARGENTINA..., 2019).

Por operar no plano da intergovernabilidade e estabelecer o consenso entre os Estados-Parte como condição necessária à tomada de decisões, discordâncias políticas e desrespeito às regras de comércio intrabloco como as relatadas acima retardam o avanço da agenda regional,

ameaçando a continuidade do processo de integração regional que, embora gradualmente, tem-se verificado desde a criação do bloco.

Como assinala Plá Coelho (2017, p. 232) a busca por adensamento de institucionalidade definitiva do Mercosul (Resolução MERCOSUL, 1993) encontrou barreiras intransponíveis levantadas pelo Brasil em sufragar a intergovernabilidade, por meio de soluções simples e pouco onerosas, em confronto com a direção rumo à supranacionalidade defendida por Argentina, Paraguai e Uruguai, litteris:

Infelizmente, em consequência da adoção defendida pelo Brasil, em prestígio de um enfoque internacional, foi, igualmente, adotada a necessidade de internalização das normas emanadas pelas instituições Mercosulinas (artigo 19 do TA), assim como a comunicação à Secretaria Administrativa do status de incorporação pelos ordenamentos jurídicos nacionais para que pudessem entrar em plena vigência no espaço integrado comum, na forma clássica prevista na Constituição Federal brasileira para a recepção de tratados (PLÁ COELHO, 2017, p. 233).

Todavia, é crescente a percepção de que o mundo globalizado na medida em que criou novas oportunidades para o desenvolvimento econômico e social das nações, também impôs novos desafios a serem enfrentados. Particularmente no âmbito da saúde, o intenso fluxo migratório nas fronteiras passa a constituir ambiente favorável à propagação de agentes patogênicos como vírus e bactérias, além de dificultar políticas e investimentos em saúde pública quando pensados apenas em escala local, evidenciando a importância de respostas coordenadas que não mais se restringem ao território nacional.

Além disso, o caráter indutor desenvolvimentista da saúde, conforme amplamente demonstrado no estudo “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development” conduzido pela Organização Mundial da Saúde em 2001, não mais pode ser ignorado, vez que esse direito se encontra intimamente relacionado aos níveis de produtividade no trabalho, capacidade de aprendizado na escola e de desenvolvimento intelectual, físico e emocional (SACHS, 2001, p. 22).

Atentos ao fundamental papel desempenhado pela saúde, os Estados-Membros que integram o Mercosul tem tentado alcançar avanços no setor por meio de ações conjuntas de cooperação mediante a celebração de acordos bi ou multilaterais. A especial atenção com o setor reflete-se na criação de foros específicos para a discussão do tema, como a Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile (RMSM-BCh), vinculada ao Conselho do Mercado Comum e responsável pela definição das macropolíticas e programas a serem

implementados no âmbito do Mercosul. Desde 1997, Ministros da Saúde já envidaram esforços no combate a questões sensíveis de interesse de toda a comunidade mercosulina, como vigilância e controle de enfermidades transmissíveis (Dengue, Doença de Chagas, Cólera, Febre Amarela, Sarampo e SARS), política de medicamentos para o Mercosul e controle do Tabaco, bem como HIV/AIDS.

Outra conquista foi a formação do Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT nº 11), voltado para a harmonização das legislações dos Estados-Membros que tratam sobre bens, serviços matérias-primas e insumos da área da saúde, atuando inclusive na Vigilância Epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira (GALLO; COSTA, 2004, p. 37). Mais recentemente, em 2015, criou-se o SGT-18 no intuito de “promover o aprofundamento do processo de integração das comunidades fronteiriças dos Estados Partes” (Mercosul, 2016).

Ainda, Trindade (2016, p. 276) aponta que dentre as iniciativas de cooperação em saúde no Mercosul existentes, merece destaque o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS), criado a partir de um acordo celebrado em novembro de 2008 para promover o desenvolvimento de políticas de saúde regionais. Implementado em 2010, o Observatório tem promovido uma maior difusão e intercâmbio de informações relativas aos sistemas de saúde presentes nos Estados- Membros, permitindo que o Bloco avance em pautas que compreendem políticas de saúde regional.

Vale destacar que a integração das comunidades fronteiriças, bem como o aprimoramento da capacidade de compartilhamento de dados na área da saúde, constitui tema de especial importância para o Brasil, na medida em que sua faixa de fronteira terrestre apresenta uma extensão de 15.719 km (o que corresponde a aproximadamente 27% do território nacional), abrigando cerca de 11 milhões de habitantes. Apesar da magnitude desses dados, a população que reside em municípios que margeiam a faixa de fronteira encontra-se em situação de maior vulnerabilidade, vez que, de acordo com Gallo e Costa:

Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde conforme preconizada pela Constituição Federal. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas (GALLO; COSTA, 2004, p. 41).

Continuam os autores destacando que o fato de os sistemas de saúde desses municípios não dialogarem entre si dificulta o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes, impõe obstáculos ao controle epidemiológico e afeta negativamente o resultado dos programas de vacinação.

Dessa forma, resta evidenciado que os municípios presentes nas faixas de fronteira vivenciam desafios próprios à sua localização territorial, o que inevitavelmente demanda soluções igualmente específicas. Pensando nisso, no ano de 2005, os Estados integrantes do Mercosul manifestaram interesse na constituição de uma ferramenta capaz de promover a integração de ações e serviços de saúde na região das fronteiras, culminando na apresentação do Projeto Integrado de Saúde nas Fronteiras do Mercosul, o SIS – Mercosul (AIKES; FRIZON RIZOTTO, 2020, p. 6).

O mérito das políticas integradas para a saúde, porém, vai muito além do mero compartilhamento de dados entre os sistemas dos países, vez que detém substancial potencial em gerar ganhos de escala e, com isso, reduzir os custos de aquisição dos recursos necessários; racionalizar a oferta de medicamentos, equipamentos e serviços médicos, bem como facilitar o acesso das populações aos centros de referência (GALLO; COSTA, 2004, p. 42-45).

Visando à efetivação do SIS-Mercosul, sugerem Gallo e Costa (2004, p. 46) que a iniciativa seja compreendida como um processo a ser executado mediante ações de curto, médio e longo prazo, adotando-se medidas de transfronteirização em paralelo às de harmonização (compatibilização de protocolos e ações), o que somente será factível após ser realizado um mapeamento das atuais ações já internalizadas a nível municipal, estadual e nacional.

Cientes dessa necessidade, já no quarto trimestre do presente ano, o Instituto Social do Mercosul em conjunto com o Programa da União Europeia para a Coesão Social na América Latina EUROsocial+ disponibilizaram uma nova publicação intitulada “Cooperação Transfronteiriça em Saúde no Mercosul – Desafios, experiências e proposta de protocolo”. O documento reúne uma série de estudos voltados para o mapeamento das práticas de gestão de saúde nos municípios fronteiriços dos Estados-Membros que, a partir dos gargalos assistenciais encontrados, sugere medidas que permitam superar os obstáculos presentes à efetivação do direito à saúde nas áreas de fronteira.

Dentre as dificuldades apresentadas, merecem destaque a excessiva burocracia para o translado de pacientes, o qual se limita aos casos de urgência e não compreende os de maior complexidade; não reconhecimento das prescrições médicas emitidas de um lado da fronteira por parte dos médicos e farmácias situados no outro lado; descontinuidade da vigilância e controle das enfermidades transmissíveis e falta de um sistema de monitoramento transfronteiriço compartilhado entre os países que integram o bloco (Mercosul, 2021, p. 20).

Ainda, é verdade que a desigualdade social interna enfrentada pelos Estados-Membros do bloco Mercosulino, a ausência de órgãos supranacionais capazes de impor uma política uniforme para tratar do tema, a existência de diferentes sistemas de saúde adotados por cada Estado-Parte e até as disparidades econômicas existentes entre os próprios Estados-Membros permanecem sendo grandes desafios a serem vencidos. Sem deixar de mencionar a falta de marcos temporais efetivos para a internalização e entrada em vigência das normativas Mercosul, diante do não atingimento dos prazos para se chegar ao Mercado Comum (PLÁ COELHO, 2017, p. 232).

No entanto, o avanço no processo de integração e a consequente intensificação do fluxo de pessoas entre os Estados que compõem o Mercosul demandam, necessariamente, pela maior cooperação dos governos no que tange ao resguardo do direito à saúde de seus nacionais.

Nesse sentido, Izerrougene afirma que:

A unificação das políticas sociais e, de modo mais ambicioso, a criação de uma cidadania social comunitária, apoiada em direitos e sistemas comuns de proteção social básica a todos os cidadãos da região, têm sido crescentemente propostas como metas do MS social (IZERROUGENE, 2008, p. 101).

Portanto, a criação de um Sistema Integrado de Saúde no Mercosul, o que poderia advir da efetiva implementação do SIS-Mercosul, guardaria a potencialidade de solucionar ou, pelo menos, amenizar grandes problemas enfrentados não só pelo bloco regional, mas também no âmbito interno de cada um dos seus integrantes, ao mesmo tempo que fortalece o próprio processo de integração e catalisa o desenvolvimento social da região. No caso do Brasil, por exemplo, seria possível fornecer uma melhor resposta à crise sanitária que emergiu com a disseminação da COVID-19 no País. Além disso, poder-se-ia oportunizar aos cidadãos brasileiros a faculdade de buscar, em outros Estados-Membros do Mercosul, tratamento em

centros dotados de especialidades terapêuticas e dotados de aparelhos para o diagnóstico de doenças de forma efetiva especificamente voltadas para as suas necessidades.

Em recente encaminhamento para aprovação do Congresso Nacional brasileiro, sinalizando uma possível recuperação da relação diplomática entre os líderes do Poder Executivo que compõem os Estados-Parte fundadores do Mercosul, importante conquista na área da saúde fora alcançada. Durante a 55^a Cúpula de Chefes de Estado do Mercosul, celebrou-se o Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas do Mercosul, facilitando o acesso das populações dos Estados signatários aos serviços de saúde pública por meio do aprimoramento da oferta de “atendimento médico nos sistemas públicos de saúde fronteiriços em condições de reciprocidade e complementariedade” (Mercosul, 2019, p. 5). Buscando o fortalecimento da integração regional, o Acordo também prevê em seu artigo VII a colaboração das instituições públicas responsáveis pela prevenção e combate às doenças com instituições homólogas nos governos locais subjacentes, o que se busca alcançar mediante “a realização de trabalhos conjuntos em saúde pública, vigilância epidemiológica e planos de contingência, para orientar respostas ante eventos de saúde pública e outros temas de interesse comum, inclusive os de potencial importância internacional” (Mercosul, 2019, p. 7).

Dessa forma, apesar dos percalços sofridos ao longo do processo de construção do Mercosul faz-se possível vislumbrar o gradual aperfeiçoamento de um processo de integração regional que além de trilhar um caminho exitoso para o desenvolvimento econômico dos Estados-Membros envolvidos, igualmente promove os direitos sociais e, em particular, direito humano à saúde.

4. CONCLUSÃO

Por tudo que fora dissertado no presente trabalho, depreende-se que os processos de integração regional não podem ser observados unicamente sob a ótica da busca pelo desenvolvimento econômico, vez que constituem importante mecanismo de proteção e promoção dos direitos humanos de matriz internacional e internalizados no ordenamento jurídico dos Estados-Membros, como direitos fundamentais, sendo estes inclusive necessários para a consecução de um pleno projeto integracionista.

Conforme demonstrado, na medida em que o espaço integrado europeu se desenvolveu, políticas e ações intergovernamentais voltadas para promoção do direito à saúde que adquiriram relevância e obrigatoriedade de serem observadas pelos Estados-Membros. No Mercosul, a pauta da saúde pública tem igualmente retornado aos palcos de discussão, comprovando a profunda correlação existente entre a necessidade de efetivação do direito dos direitos humanos, *ex vi* o da saúde, como base de sustentação da busca de bem-estar das populações nacionais e assegurar o avanço do processos de integração.

Nesse trilhar e, feita uma sucinta explanação acerca dos principais atributos que definem os blocos regionais em estudo, realizou-se uma análise de como o direito à saúde tem sido efetivado no âmbito da União Europeia, tendo como enfoque a regulamentação dos cuidados de saúde transfronteiriços dentro do bloco. Já em relação ao Mercosul, a vivência integral no plano da intergovernabilidade e consequente ausência de uma política comum e obrigatória sobre a temática da saúde têm colocado em xeque a efetividade desse direito humano tão fundamental à vida de todos.

Atentos à importância de se fortalecer o intercâmbio de boas práticas e expandir a integração regional por meio de ações conjuntas das instituições públicas que atuam na efetivação do direito à saúde, os Chefes de Estado do bloco Mercosulino têm, essencialmente, envidado esforços para promover o direito nas áreas de fronteira, demonstrando ser possível superar divergências de cunho político em prol do bem-estar de seus nacionais.

Assim, conclui-se que a exemplo dos frutos colhidos pela União Europeia, intensificar a integração de políticas públicas na área da saúde ou mesmo perquirir a adoção de um Sistema Integrado de Saúde regional constituem importantes passos no sentido de garantir maior efetividade ao direito à saúde o que, em última instância, contribui para a promoção do direito à vida e à dignidade humana das populações de seus Estados-Membros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIKES, Solange; FRIZON RIZZOTTO, Maria Lucia. A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Saúde e Sociedade*. v. 29, n. 2, p. 1-14, 2020.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde*. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.

ALSTONS, P.; WEILLER, J. H. H. An “ever closer union” in need of a human rights policy. *European Journal of International Law*. v. 9, n. 4, p. 658-723, 1998.

ARGENTINA mostra preocupação com acordo Brasil-EUA sobre trigo. **ISTO É**, [s.l], 21 mar. 2019. Disponível em: <https://istoe.com.br/argentina-mostra-preocupacao-com-acordo-brasil-eua-sobre-trigo/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BAHIA, Saulo José Casali. *A efetividade dos Direitos Fundamentais no Mercosul e na União Europeia*. Salvador: Paginae, 2010.

BAUBOCK, Rainer. The three levels of citizenship within the European Union. *German Law Journal*. v. 15, n. 5, p. 751-764, 2014.

CARTA WINTER, L. A.; BUTTENDORF RODRIGUES BECKERS, A. C. Desenvolvimento e integração regional: a atuação do Mercosul em políticas de Direitos Humanos. *Revista de Direitos Humanos em Perspectiva*. v. 2, n. 2, p. 112-127, 2016.

COMISSÃO EUROPEIA. *Página institucional*. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/law/law-making-process/types-eu-law_pt#:~:text=As%20diretivas%20exigem%20que%20os,os%20objetivos%20fixados%20na s%20mesmas. Acesso em: 22 dez. 2020.

COMISSÃO EUROPEIA. *Página institucional*. Disponível em: ec.europa.eu/infor/about-european-comission/what-european-comission-does/law/areas-eu-action_pt. Acesso em: 08 fev. 2021.

DECLARAÇÃO DE BOLONHA. *Declaração Conjunta dos Ministros Europeus de Educação (1999)*. Disponível em: <http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBologna.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

EUROPEAN PARLIAMENT. *The benefit of EU action in health policy: the record to date*. Bruxelas: European Parliamentary Research, 2019.

EUROPEAN PARLIAMENT. *Página institucional*. Disponível em: europarl.europa.eu/factsheets/em/sheet/5/o-tratado-de-lisboa. Acesso em: 08 fev. 2021.

EUROPEAN PARLIAMENTARY RESEARCH CENTER. *Health and social security*. Disponível em: what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus09_en.pdf. Acesso em: 17 fev 2021.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (orgs.). *Sistema integrado de saúde do Mercosul: SIS — Mercosul uma agenda para integração*. Ministério da Saúde Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

GEVERS, Sjef. The right to health care. *European Journal of Health Law*. v. 11, n. 1, p. 29-34, 2004.

GREER, Scott L. *The politics of European Union health policies*. Berkshire: Open University Press, 2009.

GUIMARAES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 22, n. 9, p. 1795-1807, 2006.

HUSEK, Carlos Roberto. *Curso de direito internacional público*. 14. ed. São Paulo: LTr, 2017.

IZERROUGENE, Bouzid. O desafio da integração social no Mercosul. *Brazilian Journal of Latin America Studies*. v. 7, n. 13, p. 100-112, 2008.

KÖLLING, Gabrielle; ARAÚJO, Clayton Vinicius Pegoraro de. Notas sobre o direito à saúde no Mercosul. *Revista DIGE - Direito Internacional e Globalização econômica*. v. 4, n. 04, p. 114-137, 2018.

LINGYUAN, Jiang. The new wave of regional economic integration. *China International Studies*. v. 5, p. 152-163, 2006.

MARMELSTEIN, George. *Curso de direitos fundamentais*. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2014.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. *Curso de direito internacional público*. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

MERCOSUL. *Acordo sobre localidades fronteiriças vinculadas* (2019). Disponível em: https://www.mre.gov.py/tratados/public_web/DetallesTratado.aspx?id=gGUe%2fCP6ZMa9eyZri31osQ%3d%3d. Acesso em: 20 nov. 2021.

MERCOSUL. *Cooperación transfronteriza em salud em el Mercosur: desafios, experiencias y propuesta de protocolo* (2021). Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/publicacao-cooperacao-transfronteirica-em-saude-no-mercosul-desafios-experiencias-e-proposta-de-protocolo/>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MERCOSUL. *Protocolo de Assunção sobre Compromisso com a Promoção e a Proteção dos Direitos Humanos do MERCOSUL* (2005). Disponível em: <https://www.mercosur.int/documento/protocolo-de-assuncao-sobre-compromisso-com-a-promocao-e-protecao-dos-direitos-humanos-do-mercosul/>. Acesso em: 07 out. 2019.

MERCOSUL. *Protocolo de Ouro Preto* (1994). Disponível em: <http://portal.antaq.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/Protocolo-de-Ouro-Preto.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

MOREIRA, João Almeida. Bolsonaro ameaça deixar o Mercosul. *Diário de Notícias*, Lisboa, 03 nov. 2019, mundo. Disponível em: <https://www.dn.pt/mundo/bolsonaro-ameaca-deixar-mercosul-depois-do-brexit-vem-ai-o-braxit-11470652.html>. Acesso em: 20 nov. 2021.

OEA. **Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (1948)**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OEA-Organização-dos-Estados-Americanos/declaracao-americana-dos-direitos-e-deveres-do-homem.html>. Acesso em: 11 out. 2019.

ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)**. Disponível em: brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pacto_internacional.pdf. Acesso em: 11 out. 2019.

Direitos Humanos, globalização econômica e integração regional: PIOVESAN, Flávia (Coord.). desafios do direito constitucional internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

PLÁ COELHO, Rosa Júlia. **A Construção Jurídica Supranacional Do Mercosul Como Afirmação do Direito Ao Desenvolvimento nas Relações Econômicas Desiguais Entre o Norte e o Sul**. 448 fls. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) – Universidade de Fortaleza e Universidade do Arizona, Fortaleza, Tucson, 2017.

PLÁ COELHO, Rosa Júlia; VASCONCELOS, Érica Nadir Monteiro de. **A integração regional econômica no Mercosul: o desafio da efetividade diante da fragilidade do seu desenho institucional**. Anais 13º Congresso de Direito Internacional. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2015.

PLÁ COELHO, Rosa Júlia. **Mecanismos de proteção aos Direitos Fundamentais na União Europeia**. Brasília: OAB editora, 2005.

PORTELA, Paulo Henrique Gonçalves. **Direito internacional público e privado**. 11. ed. Salvador: JusPODIVM, 2019.

RICH, Robert F.; MERRICK, Kelly R. Cross border health care in the European Union: challenges and opportunities. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, v. 23, no 1, p. 64-105, 2006.

RIED, Walter; MARSCHALL, Paul. Potential Benefits of cross-border health care: the case of Poland and Germany. *Economics and Sociology*, v. 9, n. 3, p. 14-27, 2016.

ROSENMÖLLER, Magdalene; MCKEE, Martins; BAETEN, Rita. **Patient mobility in the European Union: learning from experience**. Disponível em: [http://www.ose.be/files/publication/2006/baeten\(Coord\)_2006_Patient_Mobility_Book_WHO.pdf](http://www.ose.be/files/publication/2006/baeten(Coord)_2006_Patient_Mobility_Book_WHO.pdf). Acesso em: 26 dez. 2020.

SACHS, Jeffrey D. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Genebra: World Health Organization, 2001.

TRINDADE, Ana Angélica Martins da. **Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil e Uruguai**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

UNIÃO EUROPEIA. **Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho (2011)**. Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>. Acesso em: 28 set. 2020.

UNIÃO EUROPEIA. *Página Institucional*. Disponível em: europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_pt. Acesso em: 09 fev. 2021.

UNIÃO EUROPEIA. *Tratado da União Europeia (1992)*. Disponível em: https://europa.eu/european-union/sites/europaeu/files/docs/body/treaty_on_european_union_pt.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

UNIÃO EUROPEIA. *Tratado de Lisboa (2007)*. Disponível em: parlamento.pt/europa/Documents/Tratado_Versao_Consolidada.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

UNIÃO EUROPEIA. *Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (1957)*. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF. Acesso em: 11 out. 2019.

WHO. *Constitution of the World Health Organization (1946)*. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 18 nov. 2021.

Data de Submissão: 25/02/2021

Data de Aceite: 16/07/2021