

# NOTAS SOBRE O DIREITO À SAÚDE NO MERCOSUL

## NOTES ON THE RIGHT TO HEALTH IN MERCOSUR

Gabrielle Kölling<sup>1</sup>

Clayton Vinicius Pegoraro de Araújo<sup>2</sup>

**Resumo:** O direito à saúde nos remete a um contingente de questões, todavia, a pretensão desse ensaio é suscitar algumas questões desse grande tema “saúde” dentro do aspecto da regionalização, ou seja, no Mercosul. Integra a pretensão do artigo abordar a saúde no seu viés jurídico interno e externo (no bloco), bem como as questões atinentes à OMS frente ao fenômeno da globalização. Pretende-se enfrentar o tema especificamente no Mercosul, de modo a levar em consideração a integração social e o Fórum Permanente para o Trabalho em Saúde no Mercosul.

**Palavras-chave:** Saúde – Mercosul – Globalização - Ordenamento jurídico.

*Abstract:* The right to health refers us to a contingent of issues, however, the purpose of this essay is to raise some questions of this great "health" theme within the aspect of regionalization, that is, in Mercosur. It integrates the article's claim to address health in its internal and external juridical bias (in the bloc), as well as the issues related to WHO in the face of the phenomenon of globalization. It is intended to address the issue specifically in Mercosur, in order to take into account social integration and the Permanent Forum for Health Work in Mercosur.

**Keywords:** Health – Mercosur – Globalization - Legal order.

**Sumário:** INTRODUÇÃO - 1 SAÚDE NO MERCOSUL - 1.1 A SAÚDE E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO, ARGENTINO, URUGUAIO E PARAGUAIO - 1.2 O DIREITO INTERNACIONAL E A SAÚDE: DO MODELO CLÁSSICO AO NOVO PARADIGMA - 2 O MERCOSUL E A SAÚDE: UMA RELAÇÃO EFETIVA? - 2.1 O FÓRUM PERMANENTE PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO MERCOSUL - 2.2 A CIDADANIA E O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DO BLOCO - 2.3 CIDADÃO: A SUA FORMA COSMOPOLITA – CONSIDERAÇÕES FINAIS – REFERÊNCIAS.

## INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Doutora e Mestre em Direito Público (Unisinos), Especialista em Direito Sanitário (Escola de Saúde Pública; Unisinos e Universidade de Roma Tre) e Bacharel em Direito (Unisinos). Professora do Mestrado em Saúde Ambiental e do Mestrado em Administração e Governança da FMU (Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas). Professora Titular da Escola de Direito da USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul/SP.

<sup>2</sup> Advogado, Doutor em Direito das Relações Econômicas Internacionais Mestre em Direito (área de concentração em Direito Internacional), Especialista em Direito Público, Professor Doutor na Universidade Presbiteriana Mackenzie/SP, onde atua nos cursos de graduação, e pós-graduação "lato-sensu" e Mestrado Profissional e Professor Titular na USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul/SP. Pós-Doutorando em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP.

*Não se deve nunca esgotar de tal modo um assunto, que não deixe ao leitor nada a fazer Não se trata de fazer ler, mas de fazer pensar.*

*Montesquieu, Do Espírito das Leis, Livro XI, cap. XX*

Na conjuntura da atual sociedade, essas organizações internacionais (como, por exemplo, a OMS) ganham um novo espaço, uma nova dimensão<sup>3</sup> que causa significativas alterações ou mudanças na ordem política. Essa nova “dimensão” demanda um olhar sobre o tema. A saúde assume, diante da sociedade de mundo, complexa e contingente, um “status” de “internacionalidade”, ou seja, tem-se, assim, um reflexo da saúde pública na seara mundial – eis a “saúde pública global” como um desafio aos limites da saúde internacional. É a partir disso que se pode pensar num novo modelo de saúde pública internacional, e diante desses novos desafios, pode-se pensar, também, num novo paradigma com pilares na solidariedade, na justiça social, ou seja, a saúde como um valor público global, baseado numa idéia de governança da saúde, pois é inviável pensar-se que os países integrantes do bloco ainda sigam agindo de modo isolado nas questões de saúde, levando em conta tão somente os seus interesses.

Pensar no direito à saúde, necessariamente, nos remete a pensar nos direitos humanos, visto que se deve conceber o direito à saúde não só como um direito fundamental, mas sim como um direito humano, essencial à vida. Concretizá-lo, é também concretizar a cidadania. Nesse sentido, é fundamental pensar-se nesse direito na perspectiva da integração, visto que o objeto de análise é o referido direito na perspectiva do bloco, ou seja, do direito de integração, especialmente no tocante às ações comuns dos países nessa seara.

## **1 SAÚDE NO MERCOSUL**

*Numa época em que a ciência penetra mais decisivamente na práxis social, esta mesma ciência só poderá exercer adequadamente sua função social quando não ocultar seus próprios limites e condições [...]*

*Hans-Georg Gadamer.*

Não há dúvidas quanto ao reconhecimento da saúde como direito, ao menos no âmbito do Mercosul. Salutares são as palavras de Gadamer, visto que se faz necessário desvelar esses

---

<sup>3</sup> Essa nova “dimensão” é referida por Höfre na obra: HÖFRE, 2005. p. 6.

“limites e essas condições” para então enfrentarmos a problemática (ou melhor, parte dela) da ciência do direito, no tocante ao direito à saúde. Interessa-nos, aqui, dar conta da tutela do bem jurídico atinente à saúde na sua esfera interna (ordenamento jurídico brasileiro), bem como na seara internacional (no bloco Mercosul).

Na seara interna, destaca-se o direito sanitário enquanto mola propulsora dessa proteção e concretização desse direito fundamental. No âmbito internacional, é relevante pontuar a consolidação dessa tutela por meio da Carta das Nações Unidas, da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, da OMS, dentre outros aspectos a serem levados em consideração pelos sistemas regionais<sup>4</sup>.

## 1.1 A SAÚDE E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO, ARGENTINO, URUGUAIO E PARAGUAIO

*Quando o Brasil reconhecer constitucionalmente que todo o povo tem direito à saúde [...] se terá dado o primeiro passo para a conquista efetiva da saúde para todos.*  
*Sueli Dallari (1988).*

Dallari, nome de maior referência nacional no estudo do direito sanitário, já fazia alusão ao reconhecimento da saúde enquanto direito de todos. O primeiro passo foi dado: o reconhecimento de tal direito, na via constitucional, por meio do artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Dentre as várias definições de saúde, trabalhar-se-á com a de Aith (2007), que define a saúde como “um bem jurídico relacionado de forma indissociável com o maior bem jurídico que existe, a vida. A saúde, longe de ser apenas a ausência de doenças ou enfermidades, configura-se no estado de bem-estar físico, social e mental”. Ou seja, é a própria superação do paradigma de doença como a mera ausência de enfermidade.

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, de sorte que a relação entre o Sistema do Direito e da Política possa resultar em Políticas Públicas de Saúde realmente eficazes.

---

<sup>4</sup> Parece-nos claramente que o Mercosul pode sim ser visto como um “Sistema Regional”, mas que transcende a mera perspectiva econômica.

O direito à saúde nem sempre foi reconhecido como um direito fundamental<sup>5</sup>. Esse “status de direito fundamental” somente foi dado à saúde na Carta Magna de 1988, que foi além de reconhecê-lo como tal, mas sim, estabeleceu as bases para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Tal direito enquadra-se nos chamados direitos de segunda geração, que surgiram por meio dos movimentos sociais do século XIX, sendo que o Estado passa a ter um papel mais ativo, ou melhor, positivo, com o intuito de assegurar também os direitos de igualdade (COSTA, 2004).

No plano constitucional de 1988, pode-se dizer que o texto constitucional faz previsão à saúde, também, no “rol” dos direitos fundamentais<sup>6</sup> da pessoa humana. Veja-se o que Araújo Oliveira (1985) fala a respeito:

O direito à saúde está consagrado, portanto, em dispositivos explícitos de nosso ordenamento maior, que se garante o direito humano à saúde, cumprindo ao Estado dar efetividade a esse direito em todos os seus planos, com medidas de cunho preventivo como medidas de recuperação da pessoa agravada em suas condições físicas ou psíquicas inerentes a uma existência digna.

Ainda sobre ser um direito fundamental do ser humano, o direito à saúde reveste-se de um caráter humano, no dizer de Dallari (2002, p. 52):

O direito sanitário diz respeito tanto ao direito à saúde, enquanto trata de reivindicação de um direito humano, quanto ao direito da saúde pública, “que é um conjunto de normas jurídicas que tem por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: direito público e o privado”.

Dentro do Sistema Constitucional apresentado, é possível encontrarmos, como bem destaca Sarlet (2002), dois aspectos fundamentais, são eles: um material e o outro formal, que caracteriza o direito à saúde como fundamental. No tocante ao aspecto formal, a saúde é um

---

<sup>5</sup> Entenda-se direitos fundamentais como aqueles direitos indispensáveis à existência humana digna, ou seja, direitos inerentes à existência humana, por mais óbvio que possa parecer.

<sup>6</sup> No tocante aos “direitos fundamentais” e aos “direitos do homem”, deve-se dizer que há quem os diferencie. Esses poderiam ser utilizados em sentido genérico da acepção universal. Já aqueles seriam os direitos do homem positivados, constitucionalizados. Entretanto, Bobbio tece algumas críticas a ambos, pois, segundo ele, “direitos do homem é uma expressão muito vaga, não existem direitos fundamentais por natureza. Aquilo que parece fundamental numa determinada época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras. [...] A expressão direitos do homem pode provocar equívocos, já que faz pensar na existência de direitos que pertencem a um homem abstrato e, como tal, subtraídos ao fluxo da história”. Nessa esteira, pode-se dizer que como justificativa ao enfrentamento do problema da saúde, consoante o autor, não se trata tão somente de justificar esses direitos, mas sim protegê-los, ou seja, trata-se de um problema político e não filosófico, pois se tem a necessidade de realização desse direito. Sem esses direitos reconhecidos e protegidos, dentre os quais a saúde, e sem democracia, é inviável termos condições mínimas para a resolução dos conflitos. (BOBBIO, 1992, p. 1-32.)

direito constitucionalmente positivado que apresenta algumas características: é uma norma jurídica de hierarquia superior; tem limites formais e materiais por se configurar como cláusula pétrea<sup>7</sup>; é uma norma diretamente aplicável, vinculando, assim, o Estado e os particulares, nos termos do artigo 5º, § 1º da Constituição Federal, que dispõe que as normas definidoras dos direitos e garantias têm aplicação imediata. Quanto ao aspecto material é praticamente indiscutível, bem como no tocante à importância, à necessidade da saúde para a vida humana.

No que concerne à saúde enquanto direito, pode-se destacar que na Argentina não se explicitou de forma direta a saúde como direito, no entanto, não significa que políticas de saúde não sejam contempladas. No artigo 14, capítulo II, da Constituição, que contempla os direitos e garantias individuais, encontra-se a previsão implícita do direito à saúde:

Artículo 14 bis [...] El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.

Além de não tratar a saúde de modo claro, a Argentina não exclui a política de saúde, pois ela faz alusão à seguridade social, à vida digna, etc. Todavia, a postura é paradoxal, na medida em que face à produção de decreto 1269/1992, tem-se uma marca extremamente clara acerca do caráter de exclusão, visto que ele rompe com a ideia de universalidade:

[...] promoción e protección de la salud, del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social, dirigidos a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones biopsicosociales consideradas potencialmente ries-gosas (Decreto Lei, 1269/1992).

No Uruguai, o direito à saúde é reconhecido, mas ele conta com algumas peculiaridades, tais como: a saúde é responsabilidade do indivíduo, de modo que o Estado tem uma responsabilidade “subsidiária”, no sentido de que o Estado assiste a camada considerada carente. Todavia, há uma preocupação com a fiscalização da prestação de serviços de saúde

---

<sup>7</sup> Indubitavelmente o direito à saúde constitui cláusula pétrea (artigo 60, § 4º da Constituição Federal), pois se trata de tutelar à vida, à integridade, tanto física quanto psíquica da pessoa. De qualquer sorte, o Supremo Tribunal federal já se manifestou acerca disso na ADIn n. 939, onde demonstrou entendimento no sentido de que os direitos e garantias não constituem um rol taxativo no artigo 5º da Constituição Federal, pois esses podem ser identificados em outros dispositivos constitucionais. Ora, pois, o direito à saúde, além de ser um direito fundamental, é também um fator condicionante da dignidade humana, que é um dos fundamentos da República (artigo 1º, III da Constituição Federal), o que muito bem justifica o seu enquadramento no artigo 60 da Constituição, que trata das cláusulas pétreas.

da iniciativa privada. A leitura dos seguintes artigos do texto constitucional uruguaio demonstram essa idéia:

Artículo 44. El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Artículo 45. Todo habitante de la República tiene derecho a gozar de vivienda decorosa. La ley propenderá a asegurar la vivienda higiénica y económica, facilitando su adquisición y estimulando la inversión de capitales privados para ese fin.

Artículo 46. El Estado dará asilo a los indigentes o carentes de recursos suficientes que, por su inferioridad física o mental de carácter crónico, estén inhabilitados para el trabajo. El estado combatirá por medio de la Ley y de las Convenciones Internacionales, los vicios sociales.

Nota-se a disparidade do direito à saúde nos países integrantes do bloco em relação ao Brasil, visto que no Brasil é reconhecido como sendo direito de todos e dever do Estado. Países com históricos democráticos semelhantes e peculiares, processos de (re)democratização comuns entre si e textos constitucionais tão diferentes no que tange ao direito social-fundamental à saúde. Pode-se dizer que há identidade histórica entre os países, basta um olhar aos históricos desses países (objeto não escolhido para o presente estudo).

O Paraguai refere-se à saúde enquanto direito e tal menção aparece no texto constitucional, especialmente nos artigos 68 e 69:

#### CAPÍTULO VI DE LA SALUD

##### Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

##### Artículo 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Na situação do Paraguai, é possível destacar certa semelhança ao sistema brasileiro, visto que o Paraguai faz alusão a um sistema de saúde, bem como faz referência às ações sanitárias e às políticas públicas de saúde.

## 1.2 O DIREITO INTERNACIONAL E A SAÚDE: DO MODELO CLÁSSICO AO NOVO PARADIGMA

*A saúde é a vida no silêncio dos órgãos.*

*René Lerich.*

Nota-se que esse paradigma apontado por Lerich já está há muito superado, ultrapassado, pode-se dizer que o mesmo ocorre com o modelo clássico de saúde. Faz-se necessário apresentar alguns suportes sobre a temática dos “modelos de saúde pública internacional. Pode-se falar num modelo clássico, cujo objeto de estudo e intervenção é justamente os países em desenvolvimento. Esse “paradigma” baseia-se no modelo “médico-biológico”, ou seja, adstrito à assistência e colaboração internacional voltado ao controle de epidemias e doenças infectocontagiosas. Já o modelo de saúde pública internacional trata a saúde como um assunto de cunho de relações internacionais, com enfoque nas situações dos países mais pobres e em desenvolvimento, especificamente no tocante aos seus problemas de saúde *lato sensu*. É marca desse modelo a incorporação de políticas neoliberais nesse campo da saúde internacional (ROVERE, 1992).

Para pensar num novo modelo de saúde pública internacional, há que vislumbrar o reconhecimento dos espaços nacionais e internacionais nesse diálogo da saúde. Pode-se destacar a perspectiva de “saúde internacional” de Frenk (1992, p. 205) como sendo os *fenômenos, vínculos, ações e interrelações do processo de saúde-enfermidade que se produzem entre os sujeitos e os espaços da sociedade internacional*. A partir disso, pode-se pensar na saúde como algo cuja responsabilidade é de todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento.

Maestre (2003) diz que a ânsia pelo poder, conjugada com as políticas exteriores (isso nos modelos sociopolíticos) se convertem para as relações internacionais e os modelos de saúde se convertem em “referências” para essas relações. É a partir dessa ideia que se deve pensar um bloco como o Mercosul, no que tange à saúde. A integração é uma característica da sociedade globalizada e pensar numa saúde global é pensar na integração, que justamente envolve de modo ativo a participação desses blocos, inicialmente no seu âmbito de atuação.

Nessa esteira, pode-se dizer que a preocupação com a saúde na esfera internacional não é de hoje, visto que essa preocupação foi pauta da Declaração Universal de Direitos do Homem de 1948, na medida em que fez alusão à Organização Mundial da Saúde. Em 1978 a Declaração de Alma Ata previu atenção especial à saúde. Em que pese tenhamos tido essas preocupações, no que tange aos documentos internacionais, a globalização do século XX

trouxe agravos, pois os riscos também se globalizaram e as ações globais em prol da saúde diminuíram. Pode-se destacar, também, a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997) e a declaração do OMS sobre a saúde para todos (1998). Assim, o reconhecimento ao enfoque global da saúde internacional deu-se nos anos 90 (ROVERE, 1992).

Destarte, pode-se dizer que nos últimos anos do século XX passou-se a pensar nessa problemática da saúde a partir da globalização (CASTIÑEIRA, 2001), visto que os problemas de saúde começam a se basear na saúde global. Nesse sentido, a saúde global pretende superar os problemas da saúde internacional.

Diante dessas mudanças, pode-se pensar nessa “saúde global” como um novo paradigma. E dentro desse paradigma, não se pode esquecer o cerne dele, como bem destaca Franco – Giraldo e Álvarez – Dardet (2009) quando dizem que *a saúde pública é um bem global*, justamente por ter alicerce nos direitos humanos<sup>8</sup>.

## **2 O MERCOSUL E A SAÚDE: UMA RELAÇÃO EFETIVA?**

*A incapacidade de os Estados adotarem regras obrigatórias e uniformes para todos os países-membros do Mercosul, além de criar obstáculos ao programa de liberação comercial do bloco, também dificulta o avanço em termos de cooperação em assuntos fundamentais ao desenvolvimento dos países, como é o caso da saúde pública.*

*Alba Maria Pismel (2009).*

No âmbito do Mercosul, temos alguns entidades e comissões de integração que têm programas, convênios, secretarias e parlamentos, ou seja, o Regulamento Supranacional de Saúde é discutido em diferentes escalas, instâncias, que influenciam na tomada de decisão da saúde. São elas: a Reunión del Sector Salud de Centroamérica; a Reunión de Ministros de Salud de Area Andina; o Conveinio Hipólito Ananue e a Iniciativa de Salud del Cone Sur.

---

<sup>8</sup> A saúde como “bem global” e as implicações disso, nos remete à questão, por exemplo, do vírus HIV (uma verdadeira epidemia). Tal vírus é uma preocupação mundial e isso demonstra a estreita relação entre conceber a saúde como bem global e as implicações disso. Se estamos diante de uma epidemia como essa, só nos resta conceber a saúde como um bem global, pois em que pese a maior incidência de contaminados com o HIV esteja no continente africano, nós também somos afetados por esse vírus. Pensar no âmbito do Mercosul é mais palpável ainda quando remontamos a questão da pandemia H1N1, pois se não houvesse uma preocupação comum ao bloco com a questão da vigilância sanitária nas fronteiras, a situação tenderia a se agravar mais com a entrada e saída de contaminados com o vírus influenza A. Essas situações servem para ilustrar a saúde enquanto bem global e as suas consequências.

O Mercosul criou o Subgrupo de Trabalho n. 11<sup>9</sup> para tratar de questões de saúde, bem como para incorporar o Convênio Hipólito Ananue ao Sistema de Integração Andino. Se a globalização é inevitável, só resta a busca por mecanismos que dêem conta de que todos envolvidos participem da tomada de decisão. Pode-se dizer que cabe ao bloco investir na formulação de políticas públicas comuns aos países pertencentes ao bloco, elaboração de estratégias internacionais de controle, credibilidade e certificação e homologação de regras para garantir a qualidade e o acesso ao mercado mais competitivo (BOLIS, 2003).

## 2.1 O FÓRUM PERMANENTE PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO MERCOSUL

*Aja de tal modo que tu trates a humanidade, tanto em tua pessoa quanto na pessoa de qualquer outro, sempre, ao mesmo tempo, como fim e jamais como um simples meio.*

*Imperativo categórico de Kant.*

A afirmativa de Kant é extremamente pertinente porque nos remete a visualizar o Mercosul como um direito de integração<sup>10</sup> que compõem toda uma estrutura Estados nacionais, com populações, ou seja, com pessoas, com cidadãos, e não como um mero meio de concretude desse bloco, na seara econômica. Não se pode olvidar o aspecto da cidadania. Todavia, esse ponto receberá um tópico à parte. Entretanto, cabe destacar que o modelo de integração constitui-se, atualmente, de uma união aduaneira com vistas à formação de um mercado comum.

Trindade (2006) aponta algumas peculiaridades no que tange ao Mercosul, são elas: problemas na internalização de algumas normas e regulamentos no âmbito do Mercosul (TRINDADE, 2011), ou até não-internalização (relação de paradoxalidade, o que gera insegurança jurídica no bloco); a carência de uniformidade de regras para os Estados-Partes

---

<sup>9</sup> Pode-se destacar como função desse grupo: harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar as ações necessárias ao processo de integração entre os Estados-partes, na área da saúde; compatibilizar os Sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, com vistas a fortalecer o processo de integração no âmbito do Mercosul; definir o relacionamento do SGT n° 11 "Saúde" com as demais instâncias do Mercosul, procurando a integração e a complementação das ações. Além desse grupo, cabe destacar a Reunião de Ministros da Saúde. A Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS) foi criada em 1995 com a função de propor ao Conselho de Mercado Comum (CMC) medidas para a coordenação de políticas na área de saúde no MERCOSUL. A RMS tem competência institucional para formular, acordar e apoiar ações de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde que são realizadas em cada Estado Parte, com os recursos existentes nos sistemas de saúde nacionais ou através de projetos de cooperação intra ou extra bloco. Define planos, programas, estratégias e diretrizes regionais com vistas ao processo de integração. Fonte: **Saúde no Mercosul, 2010.**

<sup>10</sup> Consultar a referência: SOUZA, João Ricardo Carvalho de. **Constituição Brasileira & Tribunal de Justiça do Mercosul.** Curitiba: Juruá, 2001, acerca da nomenclatura "direito de integração".

denota um problema de ordem estrutural no sistema jurídico regional, o que por sua vez gera a não credibilidade em relação ao processo de integração como um todo.

Não há dúvidas sobre o aspecto dominante no viés da integração do Mercosul: o econômico! Todavia, há que pensar na dimensão social do bloco e na livre circulação de pessoas, o que no faz pensar no aspecto, bem como na necessidade e relevância da saúde. É pertinente a colaboração de Schmied (2017) quando diz que *a América Latina apresenta novos projetos, é a forma de perseguir a integração regional, mas não consegue alcançar na prática o objetivo que motivou a sua colocação em marcha*. Isso demonstra que a pretensão de integração fez-se e faz-se sempre presente.

O Mercosul, bloco criado em 1991, por meio do Tratado de Assunção, tinha a pretensão de consolidar um mercado comum, ou seja, união aduaneira com vistas a alcançar esse objetivo. Essa abertura traz outras questões, como por exemplo, o trânsito de pessoas na busca de trabalho ou até mesmo de atendimento de saúde, especialmente na região fronteira (JAEGER, 2003). Conforme destaca Del’Olmo (2009), o fato de os países assinarem esse tratado representou uma nova busca pela integração, ou seja, o tratado poderia ser visto como um ponto de partida para esse processo de integração. Uma possibilidade seria a adoção de um regime supranacional, mas tal ideia é rejeitada no âmbito do bloco. Ou seja, seria suficiente um país discordar de alguma medida para que ela não fosse levada a cabo. Isso solucionaria inúmeros problemas. Essa ideia não é bem vista pelos membros do bloco, infelizmente.

É lamentável, mas a discussão acerca da temática da integração social no bloco na perspectiva da saúde, ainda é precária. Em que pese, tenhamos um subgrupo (o nº 11) para tratar das questões de saúde, ainda é uma discussão que não tem um espaço próprio no âmbito do bloco.

Nos últimos anos, o Mercosul ganhou outra face, no que tange às discussões de cunho social. Concedeu-se privilégio às questões atreladas à educação, à seguridade social, ao trabalho, à criação de um sistema de indicadores sociais e à integração na região fronteira (DRAIBE, 2007). Nota-se que a saúde não permeou tal preocupação, não de modo direto. Nesse sentido, é interessante a ponderação de Draibe (2007): *no hay una agenda social autónoma del Mercosur, aunque las dimensiones sociales de la integración estén presentes en las preocupaciones de algunos de los subgrupos de trabajo originales*.

O autor ainda segue dizendo que para consolidar a integração, efetivamente, há a necessidade de implementar uma nova cidadania, que atente para as necessidades e

peculiaridades desse bloco, grosso modo seria *una nueva ciudadanía social, apoyada en un sistema de derechos y enraizada en una lógica de solidaridad 'unificada' y suficientemente fuerte para representarse ante la nueva institucionalidad que viene sendo gestada* (DRAIBE, 2002). Ou seja, um verdadeiro comprometimento de solidariedade entre os integrantes do bloco.

Todavia, após uma primeira leitura da ideia, pensa-se na questão de que modo seria possível viabilizar essa cidadania na via institucional e logo se percebe, na perspectiva do autor, uma pretensa possibilidade: políticas públicas sociais e/ou unificadas (DRAIBE, 2002). Não se pode ignorar que essa pretensão do autor ainda é árduo caminho a ser percorrido. Todavia, já damos os primeiros passos, são eles: a realização de fóruns regionais nos limites das fronteiras, a constituição de comissões binacionais de saúde, vinculadas, de certo modo, às coordenadorias regionais de saúde no Brasil; alguns contatos e acordos entre os consulados para encaminhar questões de saúde<sup>11</sup>.

Dentro dessa perspectiva de interação, deve-se destacar a iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro: o Ministério criou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras: instituído pela Portaria GM 1.120/05, é uma estratégia para uma futura integração), mas ainda está sendo implantado. Para se tornar uma integração efetiva na área da saúde, há a necessidade de implementação de um órgão supranacional, que possa exigir o cumprimento dos Estados-Membros do bloco. No entanto, essa iniciativa do Brasil já abre, de certo, as “portas” de uma integração no âmbito da saúde.

Pode-se citar como outra atuação brasileira no tema em questão da implementação do FOCEM (Fundo para a Convergência Estrutural e Fortalecimento Institucional do Mercosul) , que nada mais é do que um dos frutos da decisão do Conselho do Mercado Comum do Mercosul (em 2005), que dispõe sobre a Integração e o Funcionamento do FOCEM. Essa implementação, na via interna, deu-se por meio do decreto nº 5.985, de 13 de dezembro de 2006. Esse fundo foi criado para financiar programas para promover a convergência estrutural; desenvolver a competitividade; promover a coesão social, em particular das economias menores e regiões menos desenvolvidas, e apoiar o funcionamento da estrutura institucional e o fortalecimento do processo de integração.

Deve-se destacar o importante reforço para a concepção do direito à saúde como direito fundamental, na medida em que podemos encontrar nos instrumentos fornecidos pelo direito internacional, através de acordos e pactos que o Brasil também assina. Marco

---

<sup>11</sup> Esse levantamento dos “primeiros passos” foi objeto de estudo de uma dissertação defendida na PUC-POA e foi a base para a referida lista anteriormente, (DAL PRÁ, 2006).

importante foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), onde já se evidencia a necessidade da proteção à saúde, embora fosse considerada apenas nos aspectos previdenciários. O Brasil é signatário de 19 acordos multilaterais, 85 acordos bilaterais em termos de saúde – 51 desses acordos foram firmados em 2000<sup>12</sup>. Nesses documentos internacionais, observa-se que alguns deles são assinados por alguns países do bloco, mas é possível dizer que o maior número de documentos assinados é o do Brasil, no âmbito do bloco.

Ainda com relação às políticas, pode-se destacar a preocupação do Estado brasileiro nessa temática e, levando em consideração a criação do Subgrupo de Trabalho nº 11 "Saúde", o Ministério da Saúde do Brasil institui, por meio da portaria 929, de 2006, o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, com o intuito de dar continuidade à preocupação desse grupo no tocante à questão de aperfeiçoar e capacitar os recursos humanos na área da saúde, além de identificar mecanismos para a formação e o exercício profissional no Mercosul; e levando em conta a vontade política de proporcionar o efetivo diálogo entre gestores e trabalhadores da saúde para avançar no processo de integração do Mercosul, a portaria institui que, dentre outras coisas:

Art. 4º Na condição de instância colaboradora da atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, ao Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde compete:

I - apresentar proposições que regulamentem o trabalho na área de saúde do Mercosul;

II - apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação na saúde que propiciem o aumento da cobertura e da qualidade da atenção à saúde, especialmente nas áreas fronteiriças do Mercosul;

[...]

Art. 8º Para execução do seu encargo o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde se subdividirá em 3 (três) grupos de trabalho, quais sejam:

I - GT Formação Profissional;

II - GT Regulação do Trabalho; e

III - GT Organização Política do Setor Saúde. (Portaria 929, de 02 de maio de 2006.)

É interessante destacar-se a preocupação com a integração e com as políticas, pois essa meta comum aos membros do bloco, ou seja, a promoção da integração econômica (e junto com isso a social), bem como a promoção de indicadores sociais mais positivos do que os apresentados na tabela anterior, demandam planejamento, até por que há que se pensar na integração das fronteiras também, não se esquecendo dos problemas de acesso aos serviços de

---

<sup>12</sup> Fonte desses dados: Ministério das Relações Exteriores do Brasil. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/home.htm>.

saúde nessas regiões. O desafio está lançado, e parece que, mesmo de modo ainda tímido, o Brasil está iniciando a realização do seu “dever de casa”, ou seja, os primeiros passos estão sendo dados, o que fica visível na portaria do Ministério da Saúde, pois há uma junção de diferentes áreas na proposta de trabalho intersetorial oferecida por esse instrumento normativo, que prima pelo diálogo entre instituições e atores envolvidos nesse processo, cujo cerne da questão é justamente a formulação de políticas de gestão.

Cumprido destacar que há uma Cúpula Social do Mercosul que estabelece um debate acerca da mobilização social, fato esse pertinente e relevante à integração. Essa Cúpula reuniu-se e encontrou alguns pontos comuns no debate da questão do direito à saúde nos países do Mercosul, de modo a traçar alguns nortes, são eles:

Que consideramos que la Salud es un Derecho Humano y Social inalienable. Siendo deber y obligación de los Estados el garantizarla predominantemente con financiamiento público, como una estrategia de consolidación de la democracia en el MERCOSUR. Que la Salud Colectiva debe ser una prioridad de la Agenda de los países miembros del MERCOSUR [...] gestión y control de las políticas públicas. [...] Que necesitamos recuperar una cultura de Salud Colectiva basada en las Determinaciones Sociales de la Salud en los países miembros. Que actualmente el proceso de integración del MERCOSUR continúa hegemonizado por lo productivo y comercial [...] Se requiere políticas multilaterales para mejorar el acceso a la atención integral de los ciudadanos que habitan estas zonas de frontera. Que es necesario fortalecer institucionalmente el desarrollo de Consejos Consultivos de la Sociedad Civil en los países miembros del MERCOSUR que actúen como impulsores de la participación en la lucha por el Derecho a la Salud. [...] Que es necesaria una Reforma del Sector Salud en los países miembros del MERCOSUR, hacia Sistemas Universales de Salud, desarrollando políticas que garanticen su universalidad, gratuidad, integralidad, su carácter equitativo, primordialmente con acciones de prevención/promoción e interculturalidad, sustentado por la calidad técnica y humana, financiado por rentas generales del Estado; con participación y control popular en los núcleos de decisión. [...] Que los servicios de salud ofrezcan una atención integral y accesible para las personas con Discapacidad del Mercosur[...] Que reivindicamos un Estado laico, democrático y participativo [...] Que en el plano institucional, consideramos imprescindible que el Parlamento del MERCOSUR sea quien escuche y se transforme en la voz de los pueblos para construir una Salud Colectiva al servicio de la mejora de la calidad de vida de la población regional. [...] Para ello, proponemos; apoyar la creación del Comité Organizador con participantes de los cuatro países convocando a todos los actores sociales del Sector Salud: Gobiernos/Parlamentarios, profesionales/trabajadores de la salud, movimientos/organizaciones sociales, ONGs, Universidad, Sindicatos, entre otros. (Conclusiones Mesa Derecho a la Salud e Integración Social Cumbre Social del MERCOSUR. Asunción – Paraguay, Julio de 2009.)

Nota-se que diante dos resultados iniciais dessa Cúpula, pode-se dizer que se está caminhando para uma agenda comum no tocante à saúde. O reconhecimento da saúde

enquanto direito e a necessária condição de olhar a saúde e a analisar a sua atual situação já foram realizados, no sentido de identificar as mazelas e as necessidades dos Estados, ou seja, o reconhecimento e o exercício da alteridade (ver o outro, ou seja, o vizinho e o diálogo com ele) já foram iniciados.

## 2.2 A CIDADANIA E O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DO BLOCO

*[...] cidadania é constituída por um conjunto de direitos formais, promulgados por lei, garantidos e implementados pelo Estado, estabelecendo-se, dessa forma, uma relação entre o cidadão e a unidade estatal no que concerne a direitos e obrigações.*

*(Marshall, 1967.)*

O direito à saúde deve ser visto não só como uma maneira de efetivar a democracia no Estado Democrático de Direito, mas sim, deve ser visto como meio ou mecanismo de realizar a cidadania, na medida em que só há, de fato, um Estado Democrático de Direito se tivermos cidadania. Isso se dá em função de que o direito à saúde também pode ser visto como um elemento de cidadania, eis que a própria Declaração Universal dos Direitos do Homem, no artigo 25, fez alusão a esse direito, como uma necessidade social do homem.

Há que se dizer que se deve vislumbrar o direito à saúde como um direito universal, pois na sociedade democratizada (HÄBERLE, 1997) o *status* de cidadão não pode ser confundido com o de pessoa, pois tal direito, dotado de universalidade, atinge a pessoa. Essa ótica nos faz retornar à ideia que Ferrajoli traz ao tecer crítica ao conceito de cidadania, no que diz respeito a sua deformação. Veja-se o que o autor diz:

En la base de esta operación hay una deformación del concepto de “ciudadanía”, entendido por Marshall no como un específico status subjetivo añadido al de la personalidad, sino como el presupuesto de todos los derechos fundamentales, incluidos los de la persona, a comezar por los “derechos civiles” que, en todos los ordenamientos evolucionados y a pesar de su nombre, conciernen a los sujetos no en cuanto ciudadanos sino únicamente en cuanto personas. (FERRAJOLI, 2001)

Segundo Marshall, pode-se destacar como características da concepção moderna de cidadania a universalidade, a territorialização, a individualização e o aspecto estatal-nacional (MARSHALL, 1967). Ainda sobre a cidadania, cabe se fazer um resgate acerca do modelo universalista e igualitário de cidadania, presente e inerente ao Estado Democrático de Direito. A cidadania não deve ser encarada como um mero privilégio, mas sim um mecanismo na

busca da superação de obstáculos ao exercício dos direitos fundamentais, dentre os quais se encontra a saúde.

Essa perspectiva de cidadania trazida até então, denota um enfoque mais nacional acerca da cidadania. Todavia, no âmbito de um direito de integração (caso do Mercosul), cabe se analisar um outro lado da cidadania: a cidadania regional. A ideia de uma cidadania regional tem origem no processo de integração econômica da União Europeia. Quando se fala dessa cidadania regional, não se está deixando de lado a cidadania nacional, ambas coexistem, todavia, a regional exerce uma relação de complementaridade em relação à cidadania nacional, uma não exclui a outra (OLIVEIRA, 2003). Essa cidadania é como se fosse um “plus” à cidadania nacional.

Esse “fenômeno” pode ser visto como uma ampliação do próprio conceito e construção da cidadania, que vai além dos Estados-nação (NOVAES, 2003) e caminha na direção de uma mudança na formação nas relações no nível mundial, ou seja, é uma “retomada” da cidadania num nível internacional, que de certo modo, é fomentada pela própria globalização (VIEIRA, 1998; DAL PRÁ, 2007).

Essa ampliação da cidadania para uma cidadania regional implica repensar a questão da territorialidade no que tange ao aspecto geográfico (NOGUEIRA, 2010), especificamente no que concerne ao direito à saúde no bloco. Uma concepção de cidadania pautada nos moldes de um Estado-nação não dá conta da mobilidade dos indivíduos, mobilidade essa que é característica do bloco. A situação de “exercício da cidadania” nas fronteiras é algo extremamente complexo, e não poderia ser diferente, pois vivemos numa sociedade cuja característica essencial é a complexidade. Essa modalidade de cidadania é um processo de construção, as demandas de saúde estão aí, um não-cidadão muitas vezes quer exercer o direito à saúde fora daquele que em tese seria o seu território, mas como se deve lidar com essa situação? Esse novo modelo de cidadania permite-nos lidar com isso, já o clássico não.

A temática da cidadania, nesse contexto, demanda um olhar que pense no cidadão em diferentes “escalas” ou “níveis”. Assim, o cidadão tem o direito geral de hospitalidade (Dritter Definitivartikel zum ewigen Frieden) – a segunda instância. Ao hóspede deve ser garantido e exigido – aos turistas, aos imigrantes, aos emigrantes, aos migrantes, aos refugiados (DERRIDA, 2005), aos apátridas [...] – posturas condizentes ao *bem comum* da *esfera pública*, ou seja, que o hóspede acrescente sua experiência e a ele seja acrescentado a experiência ao e do local (BAUMAN, 2000). A *hospitalidade* tem sua fundamentação imediata em relação ao estrangeiro (o não-nacional), pois por meio dele a questão da

*cidadania* nacional para compor a *pessoa humana* (*cidadania mundial*) – independente da nacionalidade, pois neste ponto recai a generalização da *igualdade humana* (Art. 1 da DUDH) também no tocante aos direitos e aos deveres (LAFER, 2007).

O cerne da questão deve estar voltado ao *cosmopolitismo*, inicialmente, no movimento de inclusão e de participação do estrangeiro – equivalente às suas particularidades, no que toca à estadia temporária ou ingresso definitivo em outro Estado. Isso traz consigo as concepções de que o mundo é uno, indivisível e *bem público universal*, de que cada *ser humano* é ímpar e irrepetível e, portanto, cada vida humana deve ser resguardada e promovida dentro da *dignidade* essencial ao *ser humano*, sem distinções culturais, de idiomas, econômicas, continentais, de condições políticas [...].

Inicialmente, este *Artikel kantiano* complementa o primeiro, portanto, trata-se de uma *Hospitalität cosmopolita* (SCHLEGEL, 2007). O que está em questão não é a relação entre Estados, mas entre Estado e *indivíduo/pessoa*. Destarte, a divisão entre cidadão e estrangeiro deve levar em conta os Direitos Humanos/Fundamentais no momento de determinar a participação do estrangeiro no ambiente *público*. Se o estrangeiro possui deveres de cidadão também deve possuir direitos de cidadão, embora diferenciado em relação a sua participação, se em estadia temporária ou em permanente ou em benesses realizadas no Estado. Esta cidadania deve ser elevada ao nível mundial e à categoria de *ser humano*, sem qualquer distinção. Aqui, deve imperar o *princípio da igualdade* (CORTINA, 2005). Neste sentido, toda a *pessoa humana* deve possuir o direito de ingressar no Estado estrangeiro e nele ser respeitada como *pessoa*. O tratamento hospitaleiro e *solidário* não deve ser em decorrência da reciprocidade com outro Estado ou cultura, mas pelos simples fatos de ser *ser humano* e de que todos habitantes da terra possuem direitos sobre ela, como um direito originário, ou seja, não é filantropia, mas direito (SCIACCA, 2000; CATTANEO, 2002; BOBBIO, 1997).

Isto consiste na **(1)** na possibilidade do Homem escolher qualquer lugar do mundo para poder viver; **(2)** em consequência da guerra poderá povoar outra região; **(3)** em situação de guerra, as circunstâncias legais e/ou fáticas o coagiu (KANT, 1948; CATTANEO, 2002).

A cidadania é o *status* de pertencimento a uma comunidade que garante direitos civis, políticos e sociais. Tal conceito entra em crise conjuntamente com o Estado devido ao processo de globalização e suas consequências. A cidadania, nesse sentido, não pode ser compreendida como produto moderno de acesso aos direitos constitucionais, ela deve ser repensada de forma universalizante, retirando-lhe o caráter de privilégio fomentador de privilégio e de desigualdade *pessoais*. Ela deve possibilitar o acesso à universalidade e à *igualdade* dos direitos fundamentais, nas sociedades complexas e diferenciadas. A ideia de cidadania relacionada com o indivíduo privado como expressão da comunidade a qual pertence

não possui mais espaço atualmente. Deve-se recorrer ao aspecto público, ou seja, do *bem/interesse* público – isto baliza a vida comum no círculo social. Existem práticas que incluem todos, como os atos oficiais do Estado, a sentença, a criação de legislação, ou seja, os indivíduos agindo como coletivo de forma estruturada. A questão transporta-se para a motivação dos atos coletivos. Os cidadãos são aqueles que constituem o *nós*, uma entidade coletiva resultante do reconhecimento intersubjetivo; disto não demandam matrizes genéticas, linguísticas, culturais, econômicas..., mas *solidárias*. Isto permite os indivíduos conservarem as características de suas formas de vida – inclusive o imigrante – sendo que tal identidade deve respeitar aos princípios constitucionais, principalmente, os direitos fundamentais vigentes. A separação da forma de vida e de cidadania é enfraquecida conjuntamente com os critérios políticos e jurídicos que separam o cidadão do não-cidadão. Em relação ao catálogo de direitos e de deveres individuais, neste caso, não recairia de imediato na determinação da cidadania, mas de forma mediata. O senso de pertencimento não se reduz ao particularismo agressivo e à hostilidade ao *outro*, pode significar a defesa da pluralidade e a resistência ao etnocídio ou ao etnocentrismo; favorece o sentimento de sentir-se parte, de ser membro pleno e não residual. Nesse sentido, exige-se a demanda a valores progressivos como a autonomia, a *solidariedade* e a reciprocidade. É uma relação de duplo sentido, assim o cidadão assume algumas *responsabilidades* em relação à comunidade e esta, recíproca e ativamente, toma para si alguns deveres em relação ao cidadão. Para isto, é imprescindível o mútuo reconhecimento das partes. Procura-se evitar que a privação da cidadania afete sua substância de ser tratado pelo *outro* como *ser humano* (BACCELLI, 2003).

O direito/dever de *Hospitalität* requer um tratamento digno, inclusivo e sem hostilidade ao estrangeiro, salvo se partir dele uma reação que mereça a tomada de medidas necessárias para resguardar as condições da *República* e das demais *pessoas*. Isto lhe possibilita uma estadia/permanência pacífica no local, sem contraposições, pois não se trata de um direito de hóspede, um direito que cabe a todo o Homem de se estabelecer e circular por onde lhe convier. Deve-se tolerar a presença do estrangeiro, pois ninguém tem o total direito sobre um ou mais locais no espaço terrestre (KANT, 1948). Hodiernamente, evidencia-se tal situação pelas consequências ambientais, pela facilidade de locomoção entre os diversos lugares e pela mundialização da informação. Novas condições devem ser pensadas e criadas a fim de adaptar as instituições às mudanças. Por conseguinte, não se trata de um direito de visita, de hospedagem nem de passagem, trata-se de um direito de desenvolver a vida, a personalidade e a humanidade. Se a *República* exige e oferece estas condições à pessoa do cidadão deverá, também, oferecer à pessoa do estrangeiro – que em patamares de dignidade não se diferencia da *pessoa* do cidadão.

### 2.3 CIDADÃO: A SUA FORMA COSMOPOLITA

Não se trata de estabelecer a forma definitiva do *cidadão* em consideração ao *cosmopolitismo*, pois a ideia *cosmopolita* deve partir do pressuposto de pluralidade/multiplicidade. Por conseguinte, qualquer estabelecimento de forma definitiva agride a concepção *cosmopolita*. Existem alguns elementos que devem constar no *cidadão cosmopoliticum*, são justamente aqueles elementos possibilitadores da pluralidade/multiplicidade próprios de uma coletividade formada por inúmeras culturas distintas, por vezes, com costumes contrapostos. Não implica recusar/desconsiderar/desvalorizar o *indivíduo* despossuidor destes elementos, pois estará ele no limiar da ilicitude se cometer um ato que contrarie a pluralidade/multiplicidade. Destarte, tal indivíduo pode crer e democrática e legalmente manifestar sua contrariedade, no entanto, não pode agir no sentido de ferir o *cosmopolitismo*.

É preciso que o cidadão compreenda e articule em sua ação, dentro de uma sociedade pluralista, o mínimo e o máximo valorativos para viabilizar a convivência entre as diferentes culturas, sem que rompa com a ideia de justiça nem desprezem a oportunidade de felicidade. É preciso que todas possam manifestar e manter suas características com o emprego da tolerância e mútuo respeito, com isso, a política da assimilação deve ser afastada (CORTINA, 2005). Também a preocupação com assuntos privados e públicos, reconhecendo a diferença de ofício e de conhecimento dos *indivíduos* da *coisa pública*, formando, assim, opinião própria dos ou estudando os negócios públicos. A não participação na *esfera pública* torna o Homem inútil a *si mesmo* e a comunidade e se torna um obstáculo à discussão pública, que deve ser indispensável, previamente, a qualquer ação *pública* sensata. Na esteira de ARISTÓTELES, o Homem diferencia-se das outras espécies, ou seja, é um animal social (*zôon politikón*) como as abelhas, porém as ultrapassa em sua natureza devido ao dom da palavra (*lógos*). No entanto, a palavra não é confundível ao som da voz (*phoné*), podendo ser apenas agradável ou não, além do mais, a natureza forneceu ao Homem, se não o conhecimento pleno, o sentimento do bem e do mal, do útil e do nocivo e do justo e do injusto, objeto manifestado pelo órgão de fala. A palavra é o núcleo da sociedade e do Estado (ARISTÓTELES, 2009; CORTINA, 2005), conseqüentemente, é preciso escutá-la, compreendê-la, dialogá-la e criticá-la.

O *cidadão cosmopolita* utiliza a palavra (discursos e atos) e os gestos para deliberar com os concidadãos a constituição da *legislação* e sobre a administração do Estado, estabelecendo o que é justo ou injusto. A capacidade de diálogo mune o *ser humano* de *socialidade* e de *humanidade*, ou seja, a capacidade de conviver e de participar na construção

de todos os círculos sociais possíveis, no qual todos possam desenvolver suas potencialidades de forma autônoma e *solidária* e adquirir *virtù*, reconhecendo no *outro* um *alter ego* mesmo originário de uma cultura diferente ou de pensamento distinto. Ao *indivíduo* que se recolhe à *esfera privada* e se alheia da *pública*, não resta a *cidadania* e falta-lhe a *humanidade* (CORTINA, 2005).

O *multiculturalismo* deve se fazer intensamente presente, pois ele, atualmente, vem granjeando o fortalecimento de um *universalismo dialógico*. Isto pronuncia a necessidade do *ser humano* inclinar-se pela diferença e deixar de lado a homogeneização, ou seja, de respeitar, tolerar e solidarizar a diferença pela diferença. Implica promover o original e o autêntico de cada *ser humano* cultural e humanamente compreendido na direção de fazer da originalidade a fonte de riqueza da *humanidade*. Trata-se de conservar a riqueza de cada cultura, o que de melhor cada cultura possui no sentido de promover o Homem em sua *dignidade*. O diferente pelo diferente na promoção da degradação *humana* não pode ser considerado admissível nem tolerado, pois em última ou primeira instância a *dignidade humana* deve prevalecer sobre qualquer argumento ou costume cultural degradante (CORTINA, 2005).

O *cidadão cosmopolita* possui direito a ter direito como cidadão. A assunção de *responsabilidades* é imperial para ter-se direito aos direitos, ou seja, é a forma ativa da cidadania. Para tal, é determinante uma relação civil de reconhecimento jurídico do cidadão, uma relação política de participação no Estado, uma relação econômica com recíproca troca, uma relação social de integração à coletividade democraticamente constituída e uma relação cultural de inserção na ideia de comunidade (DELMAS-MARTY, 2003). É preciso estar acostumado a exigir direitos, a cumprir deveres e a participar no *bem comum*. Por isto, tem a necessidade de existência das garantias de *liberdade*, de ação política e de *dignidade* por toda a estrutura (inter)estatal. São as garantias do direito a ter direitos e da *responsabilidade* da participação que viabilizam a transformação da coletividade (CORTINA, 2005; BARRETO, 2008) de acordo com a vontade do poder soberano, ou seja, do povo. Isto é indispensável ao *multiculturalismo* que se realiza nas reivindicações pelo reconhecimento de grupos minoritários ou de identidade a ganhar *status* de movimentos sociais relevantes às considerações e às reflexões democráticas dos membros sociais.

O *cidadão cosmopolita* deve buscar no *outro* causas comuns, porém universalizáveis, capazes de atingir e estimular todos os *seres humanos* a ingressarem na rede de *solidariedade* de forma prudente a fim de adaptarem-se ao diferente e manterem-se íntegros em suas

particularidades irrepetíveis de *indivíduo* único. Implica saber comportar-se respeitando e dignificando o *outro* como *ser humano* sem, no entanto, abandonar seu *interesse privado*, sem afetar e, se possível, promover o *interesse público* (comum). Deve estar aberto ao estável aprendizado da convivência com justiça num constante movimento pela mundialização da *solidariedade* e da justiça de respeito aos Direitos Humanos, afinal seu âmbito de cidadania deixa os fronteiras nacionais e atinge a fronteira internacional (CORTINA, 2005).

Diante de tudo, cabe destacar, com HEGEL, que o *eu* deve ser abarcado como *pessoa* geral, generalidade na qual todos são idênticos, pois o Homem é relevante por ser ele Homem, não por causa de ser católico, protestante, judeu, alemão, iraquiano, norte-americano, italiano [...]. Tal consciência é de extrema importância se ela como *cosmopolitismo* a isto fixar-se, então defronta a vida concreta do Estado atual (HEGEL, 1986; SCIACCA, 2000; CORTINA, 2005) e abre a via à mundialização do *ser humano*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não resta dúvida quanto ao caráter de direito humano atrelado à saúde. A saúde, como se sabe, é um tema extremamente atual e permite um leque de análises. A evolução social possibilitou que as cartas constitucionais contemporâneas contemplassem a preocupação com a saúde, de modo a inseri-la enquanto direito nas respectivas cartas, isso no âmbito do direito dos Estados. Não foi diferente no âmbito internacional, o que é notável através da Declaração Universal de Direitos do Homem de 1948, que fez alusão à Organização Mundial da Saúde. Ou seja, não há novidade alguma no trato da saúde na seara internacional.

É inegável que fatores como a complexidade e a globalização demandam uma nova agenda da saúde, especialmente na circuncisão do direito de integração, tal como o Mercosul. A globalização faz com que os problemas atrelados à saúde já não sejam objeto e preocupação eminentemente nacional de um único Estado. Em tempos de integração econômica (livre junção de países com objetivos econômicos afins, e por isso a integração), é mister que se pense, também, numa integração social do bloco, pois na medida em que se tem “livre circulação de bens, serviços, capitais e pessoas”, tem-se, também, a “livre circulação” dos problemas e das demandas. É justamente por isso que se pensa numa relação de cooperação entre os membros do bloco, no tocante às ações vinculadas à saúde, com o objetivo de efetivamente perfectibilizar uma real integração, que transcenda ao aspecto meramente econômico.

É diante desse contexto que se pensa numa cidadania “supranacional”, no sentido de complementar a cidadania nacional, pois efetivar cidadania é concretizar direitos, dentre os quais os fundamentais, e não restam dúvidas de que a saúde é essencial à vida, e, por conseguinte, a sua “proteção” é mais que justificável.

Entretanto, nota-se que essa cidadania “supranacional” ainda é um “conceito” recente, que bem como o paradigma clássico de saúde internacional, está sofrendo mutações, mas ela transcende, pois está num processo de construção. O próprio reconhecimento dessa cidadania “supranacional”, por parte dos Estados também não é tarefa fácil. No que concerne ao Mercosul, pode-se dizer que o Brasil destaca-se em relação à preocupação de concretizar esse integração, na medida em que cria mecanismos que propiciam o diálogo conjunto com o intuito de direcionar as políticas e ações de saúde.

Essa metamorfose de paradigma (do clássico ao da saúde pública internacional) permite a sedimentação de uma cidadania “supranacional”, ou seja, coloca-se em cheque o próprio paradigma da cidadania nacional. E é diante desse novo paradigma da saúde pública internacional, bem como diante dessa cidadania “supranacional” e frente às consequências da globalização (positivas e negativas, mas nesse caso interessa-nos as negativas: a rápida disseminação de doenças [epidemias e pandemias], por exemplo, reflete na ausência ou deficiência de uma vigilância sanitária ou de um controle epidemiológico eficaz nas fronteiras, a título exemplificativo) demanda, necessariamente, um olhar cooperativo dos Estados-membro do bloco.

Esse novo olhar por parte do bloco já se iniciou, o reconhecimento da problemática, bem como das demandas já foi feito. Resta, então, um agir estratégico direcionado ao mesmo fim: promoção da saúde no âmbito do Mercosul. Os países integrantes do bloco já iniciaram suas atividades, resta, ainda, ajustar essa pretensão à finalidade econômica do bloco. Eis o desafio.

A organização de um mercado comum, assim com de uma organização mundial (ONU), é o ponto inicial da estruturação de um estatuto comum que tende a incluir todos os indivíduos dentro de um status de cidadão mundial. Um cidadão cosmopolita que possui direitos e deveres relacionados com sua dignidade humana. Essa não só realizada no âmbito da nacionalidade ou cidadania estatal, mas na esfera mundial ou cidadania supra-estatal/nacional. É preciso visualizar o *ser humano* por outra perspectiva, uma além das fronteiras do Estado moderno, ou seja, uma abarcadora da complexidade da multiculturalidade característica da união dos Estados em blocos econômico-político-sociais.

Neste sentido, a cidadania cosmopolita é imprescindível sob pena de ignorar o elemento mais importante no globo terrestre, deixando no desamparo: o Homem.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2007.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLIS, Mônica. O Regulamento Internacional da Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 17-23, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 929**, de 02 de maio de 2006.

CASTIÑEIRA, A. *Sociedad de la información, globalización y desarrollo humano. Que és la globalización?* Barcelono: Instituto Internacional de governabilidad, 2001.

CORTINA, **Cidadãos do mundo**. p. 77-78; BARRETO, Globalização, direito cosmopolítico e direitos humanos. **RIHJ**. v. 1, n. 4. p. 418.

COSTA, Luiz Fernando Gaspar. Listagem de medicamentos e a decisão proferida na STA n. 59-STJ. **A justiciabilidade dos direitos sociais**. Revista Direito Sanitário. São Paulo, v. 5, n. 1, 2004. p. 124.

DAL PRÁ, K R. **Transpondo fronteiras: os desafios do assistente social na garantia do acesso à saúde no MERCOSUL** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

DAL PRÁ, Keli R; MENDES, Jussara; MIOTO, Regina. **O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 23 p.164-173, 2007.

DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Revista de Saúde pública. São Paulo, n. 22, p. 57-63, 1988.

DALLARI, Sueli G. **Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal/Ministério da Saúde**. Programa de apoio ao fortalecimento do controle social do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DERRIDA, Jacques. **Cosmopoliti di tutti i paesi ancora uno sforzo!** Trad. Bruno Moroncini. 2. ed. Napoli: Cronopio, 2005.

DRAIBE, S M. **Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 23, 2007.

DRAIBE, S M. *Mercosur: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional*.

FERRAJOLI, Luigi. *Los Fundamentos de los Derechos Fundamentales*. Madrid: Tronta, 2001.

FRENK J. Chacón F. *Conceptual bases of education and research in intenational health*. In: Pan American Health Organization. *International health: a North-South debate*. Washington, DC.: OPS, 1992, n. 95, p. 205-223.

GIRALDO, Álvaro Franco; DARDET, Carlos Alvarez. *Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósto de la epidemia da influenza human A*. Revista Panam Salud Pública. Washington, v. 25, n. 6. p. 540-547, 2009. p. 544.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica Constitucional: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição – contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição**. Porto Alegre: SAFE, 1997.

JAEGER JÚNIOR, Augusto; DEL’OLMO, Florisbal de Souza. **Mercosul**. In: **DEL’OLMO, Florisbal de Souza**. Curso de Direito Internacional Privado. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.

JAEGER, A J. MERCOSUL e o desafio da livre circulação de trabalhadores: dificuldades e perspectivas. In: **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas nacionais, regionais e globais**. OLIVEIRA, O M. (Org.) Ijuí: Editora Unijuí, 2003.

MAESTRE, Bernabeu. *La configuración de la salud internacional*. Alicante: Universidad de Alicante. Alicante, 2003.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1967.

NOGUEIRA, V. M. R; SIMIONATTO, I; SILVA, M. G. F. **MERCOSUL – processos de inclusão/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Disponível em: <http://www.revista.uel.br/>

NOVAES, Adauto. **A CRISE do Estado-nação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.  
OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araújo. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, O. M. (Org.). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas nacionais, regionais e globais**. Ijuí: Editora Unijuí, 2003.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração da Segunda Conferência Internacional sobre Proteção da Saúde**. Adelaide, Austrália del Sur: OMS, 1998. Disponível em: <http://WWW.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>.

PISMEL, Alba Maria. **Internalização das resoluções do grupo mercado comum (Mercosul): o caso dos dispositivos médicos**. In: Temas atuais de direito sanitário. Org. Maria Célia Delduque. Brasília: CEAD/FUB, 2009.

ROVERE, M. **International dimensions oh health**. In: Pan American Health Organization. International health: a North-South debate. Washington, DC.: OPS, 1992, n. 95, p.149-165.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde no Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico. Salvador, n. 10, 2002. p. 2. Disponível em: <[http://www.direitopublico.com.br/pdf\\_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf](http://www.direitopublico.com.br/pdf_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf)>.

SCHMIED, Julie. **Cenários da integração regional: os desafios da União de Nações Sul-americanas (UNASUL)**.

TRINDADE, Antônio Augusto Drumond Cançado. **A incorporação das normas do Mercosul ao direito brasileiro**. In; DIREITO, Carlos Alberto Menezes; TRINDADE, Antônio Augusto Cançado; PEREIRA, Antonio Celso Alves. (Coord.) **Novas perspectivas do direito internacional contemporâneo: estudos em homenagem ao professor Celso D. de Albuquerque Mello**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

TRINDADE, Antônio Augusto Drumond Cançado. **O MERCOSUL no Direito Brasileiro**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

Recebido em: novembro de 2018

Aprovado em: dezembro de 2018

Gabrielle Kölling: koll.gabrielle@gmail.com

Clayton Vinicius Pegoraro de Araújo: c.vinicius@uol.com.br