

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

FACULDADE DE DIREITO – FADIR

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

CURSO DE MESTRADO EM DIREITO

PLÁCIDO DE SOUZA NETO

**O DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA E DIREITOS HUMANOS: ASPECTOS
JURÍDICOS DO ACESSO DE ESTRANGEIROS NÃO RESIDENTES NO PAÍS AO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E
PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE/MS

2025

PLÁCIDO DE SOUZA NETO

**O DIREITO À SAÚDE NA FRONTEIRA E DIREITOS HUMANOS: O ACESSO DE
ESTRANGEIROS NÃO RESIDENTES NO PAÍS AO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Direito da
Faculdade de Direito da Fundação
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Campus de Campo Grande, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre em
Direito.

Área de concentração: Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Vladmir Oliveira da
Silveira.

CAMPO GRANDE/MS

2025

Nome: Plácido de Souza Neto

Título: Direito à Saúde na Fronteira e Direitos Humanos: Aspectos Jurídicos do Acesso de Estrangeiros Não Residentes no País ao Sistema Público de Saúde na Região de Fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) para obtenção do título de Mestre em Direito.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira Instituição: UFMS

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Membro: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Membro: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Membro: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

CAMPO GRANDE/MS

2025

*Dedico este trabalho a todos os que têm fome
e sede de justiça, que acreditam que é possível
construir um mundo mais fraterno e solidário.*

AGRADECIMENTOS

Ao Deus de amor que enviou Seu filho Jesus Cristo para que todo aquele que nele crer não pereça, mas tenha vida em abundância.

À minha esposa Divina, pelo suporte emocional e por ampliar os limites de sua paciência durante o curso. Aos meus filhos Plácido Henrique e Paulo Augusto, que me motivam a ser cada dia uma homem melhor. Ao meu neto Plácido Henrique, cuja existência alegra os meus dias.

À minha irmã Ana Paula por me auxiliar na obtenção de informações essenciais para a elaboração deste trabalho.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela oportunidade de acessar conhecimento de elevado nível acadêmico e proporcionar o convívio com pessoas tão talentosas.

Ao professor e orientador Vladimir Oliveira da Silveira, pelo apoio inestimável, por tornar o estudo dos direitos humanos ainda mais interessante e, principalmente, pela cortesia e gentileza inigualáveis.

Aos meus colegas do curso de mestrado, pelo companheirismo e amizade em todas as nossas interações.

À Escola Judicial (EJUD) e ao Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS) por viabilizar o acesso ao tão sonhado mestrado acadêmico.

E por fim, a todos os amigos e colegas da magistratura sul-mato-grossense que de algum modo contribuíram para a concretização desta pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

De Souza Neto, Plácido. **Direito à Saúde na Fronteira e Direitos Humanos: Aspectos Jurídicos do Acesso de Estrangeiros Não Residentes no País ao Sistema Público de Saúde na Região de Fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul.** 2025. 112 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande - MS, 2025.

O presente trabalho aborda o direito à saúde do estrangeiro não residente no País. O objetivo geral do estudo é verificar se é possível assegurar juridicamente a esses estrangeiros o acesso a tratamento de saúde no sistema público nacional, na região de fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul, sob o prisma dos direitos humanos e da cooperação internacional. Para tanto, este trabalho tem como objetivos específicos descrever a evolução histórica do direito humano à saúde e seus principais aspectos no direito brasileiro; discorrer sobre o sistema interamericano de proteção aos direitos humanos e identificar a posição do direito à saúde dentro dele; analisar cooperação internacional sob o prisma do Estado Constitucional Cooperativo e seu potencial para efetivar os direitos humanos nas regiões de fronteiras; apontar as dificuldades jurídicas para efetivação do direito à saúde aos estrangeiros não residentes no País na região escolhida e delinear uma proposta de abordagem jurídica que permita conferir efetividade aos tratados internacionais de Direitos Humanos que prevejam o atendimento de estrangeiros não residentes no País pelo sistema público de saúde nacional. A relevância da pesquisa para a academia relaciona-se ao estudo do indispensável diálogo entre o sistema jurídico interno do Brasil e os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário para garantia dos Direitos Humanos. A pesquisa oferece contribuição para a formulação de políticas públicas, na medida em que permite uma melhor compreensão do estado atual do problema escolhido. O estudo levanta a hipótese de reconhecimento de uma cidadania regional para os cidadãos dos Estados que compõem a Organização dos Estados Americanos e a justiciabilidade direta do direito à saúde, a fim de viabilizar o acesso do estrangeiro ao tratamento de saúde pública brasileiro. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa e, quanto ao seu objetivo, classifica-se como exploratória. O método será o hipotético-dedutivo e o procedimento adotado será o da revisão bibliográfica e documental de textos legais e convencionais. Ao final da pesquisa, foi possível concluir pela existência de fundamentos jurídicos que permitem reconhecer ao estrangeiro não residente no País o direito ao atendimento pelo sistema público de saúde, diretamente a partir dos tratados de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, bem como que sua efetivação envolve a facilitação do acesso do estrangeiro à justiça no âmbito nacional, com o reconhecimento da competência da Justiça Comum Estadual para processar e julgar as ações respectivas e, no âmbito regional, na instituição de mecanismos para assegurar o ressarcimento internacional dos gastos despendidos por um Estado para tratamento de saúde com nacionais de outro Estado da região.

Palavras-chave: Direito Humanos; Saúde; Estrangeiro, Fronteira, Judicialização.

ABSTRACT

This paper addresses the right to health of foreigners who are not resident in Brazil. The general objective of the study is to verify whether it is possible to legally guarantee these foreigners access to health care in the national public system, in the border region between Brazil and Paraguay in the State of Mato Grosso do Sul, from the perspective of human rights and international cooperation. To this end, this paper has as specific objectives to describe the historical evolution of the human right to health and its main aspects in Brazilian law; to discuss the inter-American system of protection of human rights and identify the position of the right to health within it; to analyze international cooperation from the perspective of the Cooperative Constitutional State and its potential to enforce human rights in border regions; to point out the legal difficulties in enforcing the right to health for foreigners who are not resident in Brazil in the chosen region; and to outline a proposal for a legal approach that allows for the effectiveness of international human rights treaties that provide for the care of foreigners who are not resident in Brazil by the national public health system. The relevance of this research to academia is related to the study of the indispensable dialogue between Brazil's domestic legal system and the international treaties to which Brazil is a signatory to guarantee Human Rights. The research contributes to the formulation of public policies, as it allows for a better understanding of the current state of the chosen problem. The study raises the hypothesis of recognizing regional citizenship for citizens of the States that make up the Organization of American States and the direct justiciability of the right to health, in order to facilitate access by foreigners to Brazilian public health treatment. The research adopts a qualitative approach and, as to its objective, is classified as exploratory. The method will be hypothetical-deductive and the procedure adopted will be that of bibliographic and documentary review of legal and conventional texts. At the end of the research, it was possible to conclude that there are legal grounds that allow recognizing the right of non-resident foreigners to receive care from the public health system, directly from the human rights treaties to which Brazil is a signatory, as well as that their implementation involves facilitating foreigners' access to justice at the national level, with the recognition of the competence of the State Common Courts to process and judge the respective actions and, at the regional level, in the institution of mechanisms to ensure international reimbursement of expenses incurred by a State for health treatment with nationals of another State in the region.

Keywords: Human Rights; Health; Foreigner, Border, Judicialization.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária de Saúde

CADH - Convenção Americana de Direitos Humanos

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

Corte IDH – Corte Interamericana de Direitos Humanos

CPC - Código de Processo Civil

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

IAC - Incidente de Assunção de Competência

MAC - Média e Alta Complexidade

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIDESC - Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SEI - Sistema Eletrônico de Informação

SIDH - Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - União Africana

UE - União Europeia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Unidades judiciárias de primeiro grau, por ramo de justiça	82
Figura 2 - Diagrama de unidades judiciárias de primeiro grau, por ramo de justiça	82
Figura 3 - Habitantes por varas e juizados especiais estaduais	82
Figura 4 - Habitantes por vara e juizado especial federal	82

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO À SAÚDE	15
1.1 DIREITOS HUMANOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS	15
1.2 AS GERAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS	18
1.3 O DIREITO À SAÚDE NA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH) E NO PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (PIDESC)	23
1.4 O DIREITO À SAÚDE NA CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CADH) E NO PROTOCOLO DE SAN SALVADOR	26
1.5 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	28
1.5.1 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS)	28
1.5.2 O direito à saúde fora do texto constitucional: bloco de constitucionalidade e a posição dos Tratados Internacionais	31
1.5.3 judicialização do direito à saúde no Brasil	33
2 O SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS (SIDH) E O DIREITO À SAÚDE	41
2.1 A CARTA DA OEA E A CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS	41
2.1.1 A carta da OEA e a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem.....	41
2.1.2 A Convenção Americana de Direitos Humanos	43
2.2 OS ÓRGÃOS DO SIDH: A COMISSÃO E A CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS	45
2.2.1 A Comissão Interamericana de Direitos Humanos	45
2.2.2 A Corte Interamericana de Direitos Humanos	47
2.3 A FORÇA NORMATIVA DA CADH, CONTROLE DE CONVENCIONALIDADE DE NORMAS E A NECESSIDADE DE DIÁLOGOS INTERJUDICIAIS	50
2.3.1 A força normativa da CADH e o controle de convencionalidade	50
2.3.2 A necessidade de diálogos interjudiciais	52
2.4 A JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE NA CORTE IDH	54

3 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COMO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS EM REGIÕES TRANSFRONTEIRIÇAS	58
3.1 A REVISÃO DO CONCEITO DE SOBERANIA ESTATAL, PLURALISMO JURÍDICO E A SUPERAÇÃO DO ESTADO NACIONAL COMO ÚNICA FONTE DE NORMAS JURÍDICAS	58
3.1.1 A necessidade de revisão do conceito de soberania estatal diante do sistema global	59
3.1.2 A superação do Estado Nacional como única fonte de normas jurídicas	61
3.2 A POSSIBILIDADE DE RECONHECIMENTO DE UMA CIDADANIA REGIONAL AMERICANA: DA EVOLUÇÃO E AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CIDADANIA AO RECONHECIMENTO DE UMA CIDADANIA REGIONAL AMERICANA	63
3.3 O PARADIGMA DO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO	66
3.4 O ATENDIMENTO DE SAÚDE PÚBLICO E GRATUITO AO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL SOB O PRISMA DOS DIREITOS HUMANOS E DO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO	69
3.4.1 O alcance do direito à saúde aos estrangeiros não residentes no Brasil sob o prisma dos direitos humanos	69
3.4.2 O Estado constitucional cooperativo e a cooperação internacional nas demandas de saúde em regiões transfronteiriças	71
3.4.3 O Acordo Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas	72
4 O DIREITO À SAÚDE DO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL NA REGIÃO DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	74
4.1 PECULIARIDADES DA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	75
4.2 A DEMANDA POR ATENDIMENTO À SAÚDE NAS CIDADES LOCALIZADAS NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL E OS ENTRAVES GOVERNAMENTAIS CRIADOS	77
4.3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE COMO UM MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PELO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	81
4.3.1 A competência da Justiça Federal para demandas que tenham como fundamento tratado internacional: impasse para a judicialização do direito à saúde por	

estrangeiros não residentes no Brasil perante a Justiça Brasileira e o Estado de Coisas Inconvencionais	81
4.3.2 Proposta de um critério de fixação da competência nas ações prestacionais de saúde demandadas por estrangeiros não residentes no Brasil que atenda às especificidades da fronteira com o Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul	85
4.4 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NAS REGIÕES DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI: DIFICULDADES FINANCEIRAS E A BUSCA POR SOLUÇÕES	89
4.4.1 Dificuldades e desafios à consecução de políticas do direito à saúde em regiões transfronteiriças: as questões de Direito Financeiro e a reserva do possível	90
4.4.2 A possibilidade do ressarcimento internacional no caso de prestação de serviços de saúde em favor de um estrangeiro	92
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

A escolha do tema da presente pesquisa teve sua gênese a partir de um problema presenciado na experiência profissional como magistrado na comarca de Sete Quedas – MS, situada na linha de fronteira entre o Brasil e o Paraguai, que é a demanda por estrangeiros de serviços no sistema público de saúde brasileira, cujo atendimento esbarra nas dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo Estado brasileiro e na completa ausência de mecanismos jurídicos claros para solucionar os conflitos decorrentes dessa situação.

O problema que a pesquisa pretende abordar consiste em determinar se é possível assegurar aos estrangeiros não residentes no país o acesso à saúde pública e gratuita, na região de fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul, sob o prisma dos direitos humanos e da cooperação internacional.

Por se tratar de um mestrado acadêmico na área do direito, este trabalho tem como objetivo geral apontar os fundamentos jurídicos da resposta ao problema estudado.

Para tanto, os objetivos específicos desta pesquisa são descrever a evolução histórica do direito humano à saúde e seus principais aspectos no direito brasileiro, o que será objeto do primeiro capítulo; discorrer sobre o sistema interamericano de proteção aos direitos humanos e analisar a posição do direito à saúde dentro deste sistema, tema do segundo capítulo; analisar os sistemas de cooperação internacional, em especial o Estado Constitucional Cooperativo, e seu potencial para efetivar os direitos humanos nas regiões de fronteiras, assunto que será tratado no terceiro capítulo; e, por fim, apontar as dificuldades jurídicas para efetivação do direito à saúde na região escolhida e delinear uma proposta de abordagem jurídica lastreada na necessidade de conferir efetividade aos tratados internacionais de Direitos Humanos que permita viabilizar o atendimento à saúde desses estrangeiros pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que será abordado no quarto capítulo.

O recorte geográfico decorre do fato de que no Estado de Mato Grosso do Sul está localizada a totalidade da chamada fronteira seca entre Brasil e Paraguai, isto é, a parte da fronteira desprovida de qualquer obstáculo natural para transpor a linha que divide os dois Estados. Dentre os diversos problemas que afetam essa região, destaca-se a demanda dos estrangeiros não residentes por tratamento de saúde pelo SUS, uma vez que o trânsito entre os países ocorre sem controle efetivo das autoridades.

Neste ponto, é importante esclarecer que, embora a nova Lei de Imigração não mais utilize o vocábulo ‘estrangeiro’, esta terminologia foi adotada para se referir aos indivíduos

que não tem nacionalidade brasileira por se tratar do termo utilizado pela Constituição Federal de 1988 e por semanticamente ser o que melhor traduz a situação tratada neste trabalho.

A pesquisa se justifica pelo enorme impacto social decorrente da demanda por serviços de saúde na região de fronteira que vem sendo ignorada pelas políticas públicas e pela necessidade de aprofundar o estudo do diálogo entre o direito interno como os mecanismos de cooperação internacional e de proteção internacional aos direitos humanos, com aplicação ao problema abordado.

O trabalho se propõe a analisar os desafios à promoção do direito à saúde na região fronteira delimitada para estudo, o que demonstra sua aderência à área de concentração em Direitos Humanos e à linha de pesquisa Direitos Humanos, Estado e Fronteira. O trabalho enquadra-se no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) n. 03 (Saúde e Bem-estar), relacionando-se especificamente ao objetivo 3.8, qual seja, atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade, medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos, o que reforça a sua relevância.

Para os fins deste trabalho, são realçados os caracteres de historicidade e expansividade dos direitos humanos, explicitada pela teoria denominada de *dinamogenesis*, que é um processo continuado e pode ser resumido da seguinte forma: surgimento a partir dos valores da humanidade, que uma vez reconhecidos como relevantes, tendo como fundamento o princípio maior da dignidade da pessoa humana, são exigidos juridicamente perante os poderes estabelecidos, no plano internacional (direitos humanos) e interno (direitos fundamentais).

Compreendido este processo, pode-se falar sobre a formação de sucessivas gerações ou dimensões dos direitos humanos. Embora seja possível mencionar um número maior, há consenso sobre três. A primeira geração é aquela em que aparecem as chamadas liberdades públicas, que são direitos e garantias dos indivíduos a que o Estado se omita de interferir em uma sua esfera juridicamente intangível. Com a segunda, surgem direitos sociais a prestações pelo Estado para suprir carências da coletividade. E na terceira concebem-se direitos cujo sujeito não é mais o indivíduo nem a coletividade, mas sim o próprio gênero humano, como é o caso do direito à higidez do meio ambiente e do direito dos povos ao desenvolvimento.

Vale destacar que o direito à saúde surge como um direito social, ou seja, de segunda geração ou dimensão, previsto tanto no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, quanto no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de

modo que pode ser abordado tanto sob o prisma dos direitos humanos como dos direitos fundamentais.

Tendo em mente os desafios de proteger os direitos humanos, o presente trabalho pretende delinear os fundamentos possíveis para o reconhecimento desse direito e estudar os meios para sua efetivação. Nessa linha, é preciso reconhecer que os desafios que se colocam no mundo atual para a efetiva proteção dos direitos exigem soluções que ultrapassam o âmbito interno, exigindo a cooperação internacional dos Estados envolvidos como instrumento indispensável para a solução dos problemas internacionais de natureza social, como ocorre com a questão da saúde pública nas regiões de fronteira.

Por isso, a resposta ofertada pela dogmática jurídica a que se recorrerá neste trabalho está relacionada aos contornos delineados pelo paradigma do Estado Constitucional Cooperativo, teorizado por Peter Häberle, que consiste em um modelo estatal baseado nos princípios de cooperação, responsabilidade internacional e solidariedade. Além disso, este modelo de Estado é permeável às relações internacionais, permitindo que estas influenciem as suas estruturas e instituições internas, tudo isso com o objetivo central de garantir a efetivação dos direitos humanos.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, realizada mediante reunião de material específico do direito que abordará a temática, como livros e artigos acadêmicos. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa e, quanto ao seu objetivo, classifica-se como exploratória. O método será o hipotético-dedutivo e o procedimento adotado será o da revisão bibliográfica e documental de textos legais e convencionais.

1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO À SAÚDE

A prevalência dos direitos humanos é princípio norteador da República Federativa do Brasil em suas relações internacionais, conforme positivado no artigo 4º da Constituição Federal de 1988. Estes direitos humanos costumam ser divididos, para fins de sistematização teórica, em gerações ou dimensões. Essa segmentação busca evidenciar sua historicidade, vale dizer, o processo de maturação social e jurídico por meio do qual os valores que são considerados essenciais à vida humana vão adquirindo este *status*. Neste trabalho, optou-se por utilizar o termo gerações, pelas razões que serão expostas adiante.

A presente pesquisa tem como foco o direito à saúde, que se enquadra no rol dos chamados direitos sociais, reconhecidos na segunda geração dos direitos humanos, assim compreendidos como aqueles oponíveis pelos indivíduos contra o Estado, sobre o qual recai o dever que realizar prestações positivas para garantir sua efetivação.

Neste capítulo, passa-se a abordar com maior profundidade os aspectos jurídicos e teóricos relacionados à evolução dos direitos humanos, dos direitos sociais e, mais especificamente, do direito à saúde, incluindo seu reconhecimento no ordenamento normativo brasileiro.

1.1 DIREITOS HUMANOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

De início, faz-se necessário conceituar o que são os “direitos humanos” e “direitos fundamentais”, bem como identificar se há distinção entre estes conceitos. Segundo Ramos (2014, p. 23), os direitos humanos “[...] consistem em um conjunto de direitos considerado indispensável para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. Os direitos humanos são os direitos essenciais e indispensáveis à vida digna” e podem ser conceituados como fruto de uma construção social e moral cujo objetivo maior é garantir a dignidade humana, poupando ao máximo os seres humanos de sofrimentos (Piovesan, 2014, p. 33).

Há, portanto, uma íntima relação entre os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, princípio que é pautado na ideia kantiana de que os indivíduos devem ser considerados como seres com fins em si mesmos, dotados de um valor único, pessoal e indissociável de sua condição humana (Piovesan, 2014, p. 34).

Neste ponto é preciso realçar que o princípio do respeito à dignidade da pessoa humana constitui o eixo principal dos valores reconhecidos pelas estruturas sociais que

resultam na edição de textos normativos e na criação de instituições que dão expressão jurídica aos direitos humanos (Rocasolano; Silveira, 2010, p. 187).

Sobre a relevância do aludido princípio, confira-se:

A dignidade da pessoa humana se conecta de forma imediata com o desenvolvimento dos direitos humanos, operando como critério integrador e participando consubstancialmente de sua natureza axiológica. Assim, acima das regras, os valores que constituem o sentimento axiológico da sociedade fundamentam, transformam e integram - isto é, dão vida aos direitos humanos. (Rocasolano; Silveira, 2010, p. 197).

Tal qual o supra princípio da dignidade da pessoa humana, os direitos humanos também têm uma função de ser um referencial ético para o ordenamento jurídico. Nesse sentido:

Em face desse quadro, os direitos humanos funcionam como paradigma moral de respeito aos direitos mais elementares do ser humano, ou seja, como padrão de referência ética a guiar e nortear toda a essência de proteção da ordem jurídica [...] servindo como base de sustentação jurídica para alicerçar resguardo dos interesses mais primários do ser humano [...] (Franco, 2007, p. 8).

A dicotomia conceitual entre direitos humanos e direitos fundamentais não é unanimidade entre os teóricos, havendo aqueles que defendem a existência de uma terceira classe (os direitos do homem) e até mesmo aqueles que defendem que seriam de expressões sinônimas. São posições minoritárias, pois tradicionalmente faz-se a distinção teórica entre direitos humanos e direitos fundamentais, como será demonstrado a seguir.

Para Guerra Filho (2017, p. 43-44), no plano histórico, os direitos humanos antecedem os direitos fundamentais: epistemologicamente, os direitos fundamentais são compreendidos como manifestações do direito positivo, com aptidão para produzir efeitos jurídicos, enquanto os direitos humanos enquadram-se como pautas ético-políticas, “direitos morais”, situados em uma dimensão supra positiva.

Marmelstein (2014, p. 24), por sua vez, afirma que a expressão “direitos humanos” deve ser utilizada sempre que se estiver fazendo referência aos valores positivados em instrumentos de direito internacional, como pactos e tratados. Veja-se ainda:

[...] revelam os direitos humanos um vasto campo de aplicabilidade e validade, tomados em seu sentido de direitos afetos a toda universalidade, e não meramente direitos restritos a uma concreta comunidade política estatal. Pretendem denotar, desta forma, direitos atinentes e compreendidos a partir da evolução e das conquistas jurídicas de toda a Humanidade [...] (Franco, 2007, p. 8).

Ao serem incorporados ao direito positivo interno, notadamente no texto constitucional, os direitos humanos adquirem *status* de direitos fundamentais, aptos a produzir efeitos jurídicos no plano jurídico interno do país.

Na mesma linha, Comparato (2010, p. 70) afirma que os direitos fundamentais seriam os direitos humanos positivados e reconhecidos pelas autoridades políticas dentro das Constituições ou outras formas normativas.

Em razão disso, pode-se afirmar que os direitos fundamentais são

[...] os direitos, liberdades e garantias considerados mais elementares e básicos em uma determinada comunidade estatal concreta, e que são conferidos aos indivíduos de mencionada sociedade por intermédio de uma específica ordem constitucional. A terminologia é cunhada, desta sorte, para revelar os direitos juridicamente válidos em um determinado ordenamento jurídico interno de uma específica nação, consubstanciando os direitos positivados em nível interno ou em âmbito constitucional (Franco, 2007, p. 10).

Além disso, é importante frisar que

[...] essa distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais é plenamente compatível com o texto constitucional. Toda vez que a Constituição se refere ao âmbito internacional, ela fala em “direitos humanos”. E, quando ela tratou dos direitos que ela própria reconhece, chamou de “direitos fundamentais”, tanto que o Título II da Constituição de 88 é intitulado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” (Marmelstein, 2014, p. 24)

Para além da dicotomia clássica acima descrita, Marmelstein (2014, p. 24) chama atenção para os chamados “direitos do homem”, que seriam os direitos humanos antes de serem positivados em qualquer âmbito, seja internacional ou constitucional; estes direitos assemelham-se ao que se reconhece como direito natural, constituindo o substrato para a formação dos direitos humanos.

Finalmente, é importante destacar que existe uma vertente minoritária que defende a aproximação das terminologias. Ramos (2020, n. p.) defende que atualmente há uma intrínseca relação entre o Direito Internacional e o Direito interno, o que conduz a uma mitigação desta histórica separação, havendo casos em que os direitos humanos reconhecidos em documentos internacionais serão exigidos internamente.

Quanto ao seu processo de formação, Rocasolano e Silveira (2010, p. 17) apontam que os direitos humanos surgem a partir dos valores da humanidade, que uma vez reconhecidos como relevantes, tendo como fundamento o princípio maior da dignidade da pessoa humana, são exigidos perante os poderes estabelecidos, no plano nacional e internacional, por meio do processo denominado *dinamogenesis*.

Esse processo continuado é resumido por Rocasolano e Silveira (2010, p. 189) nas seguintes etapas: 1) conhecimento dos valores pela sociedade; 2) adesão social a esses valores; e 3) transformação desses valores em normas jurídicas e instituições voltadas à sua garantia¹.

Seguindo este raciocínio, entre a primeira e a segunda etapa, surgiria o que se pode chamar de “direito do homem”, ou seja, valores éticos reconhecidos pela sociedade, mas não positivados. Ao se concluir a terceira etapa, no âmbito internacional, este direito tornar-se-ia um “direito humano”. Finalmente, ao ser positivado no ordenamento jurídico interno de um país, passaria a ser um “direito fundamental” dentro daquele sistema.

Para se ter uma ideia de quão lento pode ser esse processo histórico, somente com o advento da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) o direito à saúde foi expressamente inserido no rol dos direitos fundamentais no texto constitucional brasileiro. Considerando que o presente trabalho analisará o direito à saúde no âmbito de relações internacionais, prefere-se adotar, de maneira geral, a expressão “direito humano à saúde”.

1.2 AS GERAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

Em primeiro plano, deve-se ressaltar que a utilização do termo “gerações” para retratar a formação histórica e sucessiva dos direitos humanos não é uma unanimidade. Alguns autores tecem críticas à utilização da expressão “geração” para designar os grupos históricos de direitos humanos, preferindo utilizar o termo “dimensões”.

Monduzzi (2007, p. 339) sustenta que a melhor expressão a ser utilizada seria, de fato, “dimensões”, sob o argumento de que assim supera-se a falsa ideia de uma hierarquia e superação entre uma geração e a subsequente.

Contudo, a própria autora reconhece a importância didática da primeira terminologia: “Ressalta-se que o termo ‘gerações’ é controverso e bastante contestado na doutrina, mas que se presta bem aos propósitos acadêmicos e, apesar de suas falhas, nomeia teoria tida sempre como ponto de partida para o estudo dos direitos fundamentais” (Monduzzi, 2007, p. 339).

Por seu turno, Ramos (2020, n. p.) sintetiza quatro argumentos contrários à utilização da expressão: (i) a falsa ideia de que uma geração substituiria a anterior; (ii) a falsa impressão

¹Ao esmiuçar o processo da *dinamogenesis*, Rocasolano e Silveira (2010, p. 231) esclarecem que durante o processo expansivo nos direitos humanos há um diálogo direito não apenas com as carências e interesses sociais, mas também com os grupos que detêm o poder naquele momento histórico; além disso, pontuam ainda que a própria dinâmica daqueles já reconhecidos influencia no surgimento dos novos direitos.

de que uma geração necessariamente teria vindo após a outra, sendo que os direitos trabalhistas, notadamente pertencentes à segunda geração, foram reconhecidos internacionalmente antes dos direitos de primeira geração; (iii) o estudo das gerações analisa os direitos humanos de maneira fragmentada, a despeito da sua indivisibilidade; (iv) a dificuldade de se classificar alguns direitos a depender da interpretação.

Ainda sobre o tema, Benevides (2003, p. 312) pontua que a utilização do termo “gerações” se dá por uma questão didática e esclarece que “não se trata de gerações no sentido biológico, do que nasce, cresce e morre, mas no sentido histórico, de uma superação com complementaridade, e que pode também ser entendida como uma dimensão”.

Inobstante as críticas mencionadas, este trabalho adotará o termo “gerações” de direitos humanos, tendo em vista sua importância histórico-didática e sua maior disseminação no meio acadêmico e fora dele.

Como já apontado, uma das principais características dos direitos humanos é a chamada historicidade, isto é, o fato de serem dotados de uma natureza evolutiva ao longo do tempo. Nessa toada, Silveira e Contipelli (2008, p. 2573-2574) pontuam que:

[...] a historicidade pode ser explicitada como reflexo dos anseios sociais que passam a ser traduzidos como nortes da sociedade em determinadas coordenadas de espaço e de tempo, sempre respeitando um conteúdo ético comum, que se desdobra ao longo dos tempos por intermédio de valores de apreensão concreta e dimensão consensual.

Portanto, os direitos humanos não são eternos e nem estáticos, eles surgem de um processo contínuo que acompanha as mutações históricas da sociedade, podendo haver evoluções e até mesmo retrocessos momentâneos (Marmelstein, 2014, p. 37).

Comparato (2010, p. 62-63) também faz a correlação dos princípios axiológicos dos direitos humanos à tríade de valores que inspirou a Revolução Francesa: Liberdade, Igualdade e Fraternidade. Tem-se, assim, que

O conceito de gerações vincula-se a dois critérios: (i) histórico e (ii) temático, unidos de maneira inseparável. Com efeito, procura explicar o surgimento sucessivo de uma série de direitos humanos em diferentes períodos da história, de tal modo que estes conjuntos de direitos pertençam a uma determinada categoria (Rocasolano; Silveira 2010, p. 142).

Guerra Filho (2017, p. 46-47) leciona sobre esta formação sucessiva das gerações ou dimensões dos direitos fundamentais: na primeira geração surgem as chamadas liberdades públicas, que são direitos e garantias dos indivíduos a um dever de abstenção do Estado em afetar sua esfera jurídica. Com a segunda geração, identificam-se os denominados direitos sociais, a prerrogativa de exigir do Estado prestações positivas para suprir carências da

coletividade. Já na terceira geração concebe-se direitos cujo sujeito não é mais o indivíduo nem a coletividade, mas sim o próprio gênero humano, como é o caso do direito à higidez do meio ambiente e do direito dos povos ao desenvolvimento.

Sobre as gerações dos direitos humanos, cumpre frisar que uma nova geração não substitui a anterior. Schäfer (2013, p. 61-62) afirma que como os direitos humanos, que surgem historicamente, não se substituem e sim se acumulam, uma vez que constituem um mesmo fenômeno que se manifesta mediante direitos específicos que surgem em cada contexto histórico.

Os direitos humanos de primeira geração surgem, historicamente, com alguns movimentos como a Reforma Protestante e o Iluminismo, e totalmente influenciados pelas revoluções liberais burguesas, fazem com que sejam reconhecidos os direitos políticos, a garantia do direito de propriedade, a liberdade religiosa e a liberdade de expressão, as garantias processuais e a igualdade formal. Portanto, estes direitos são fruto das revoluções liberais que buscaram combater os abusos cometidos pelo Estado absolutista, que sufocava toda a sociedade com suas ingerências nas liberdades dos cidadãos (Marmelstein, 2014, p. 39-42).

Percebe-se, assim, que esses direitos “[...] exigem por parte do poder público um comportamento apenas de salvaguarda em relação a tais interesses, sem qualquer interferência efetiva nesta esfera de domínio particular” (Rocasolano; Silveira, 2010, p. 143).

Igualmente, Schäfer (2013, p. 22) caracteriza os direitos humanos de primeira geração como direitos negativos, associando-os à exigência de uma abstenção do Estado. Ou seja, os direitos humanos de primeira geração surgem de uma sociedade que estava, de certo modo, traumatizada com a intromissão do Estado absolutista na vida particular dos cidadãos e buscava, portanto, a garantia de suas liberdades individuais.

Com o passar dos anos, contudo, percebeu-se que o Estado liberal proclamava a liberdade e a igualdade apenas formalmente, convivendo com várias contradições, como a manutenção da escravidão, a limitação dos direitos políticos aos homens de alta renda e a dura repressão dos movimentos dos trabalhadores (Marmelstein, 2014, p. 42-43).

Ainda sobre o tema, Comparato (2010, p. 65) destaca:

A sociedade liberal ofereceu-lhe, em troca, a segurança da legalidade, com a garantia da igualdade de todos perante a lei. Mas essa isonomia cedo revelou-se uma pomposa inutilidade para a legião crescente de trabalhadores, compelidos a se empregarem nas empresas capitalistas. [...] O resultado dessa atomização social, como não poderia deixar de ser, foi a brutal pauperização das massas proletárias, já na primeira metade do século XIX. Ela acabou, afinal, por suscitar a indignação dos

espíritos bem formados e a provocar a indispensável organização da classe trabalhadora.

Diante da problemática social existente, a população oprimida passou a se organizar e reivindicar que o Estado lhes garantisse melhores condições de vida, surgindo então os direitos sociais ou direitos humanos de segunda geração. Assim:

Os direitos humanos de segunda geração são frutos das chamadas lutas sociais na Europa e Américas, sendo seus marcos a *Constituição mexicana de 1917* (que regulou o direito ao trabalho e à previdência social), a *Constituição alemã de Weimar de 1919* (que, em sua Parte II, estabeleceu os deveres do Estado na proteção dos direitos sociais) e, no Direito Internacional, o Tratado de Versailles, que criou a *Organização Internacional do Trabalho*, reconhecendo direitos dos trabalhadores [...] (Ramos, 2020, n. p.)

Marmelstein (2014, p. 45-46) aponta que os direitos humanos de segunda geração abrangem os direitos econômicos, sociais e culturais e se relaciona com a concepção de Estado do *Welfare State*, também chamado de Estado de bem-estar social, que passa a ser não apenas um Estado liberal abstencionista, mas agora tende a ser também provedor das necessidades básicas dos cidadãos.

Nesse contexto de surgimento dos direitos humanos de segunda geração, o Estado evoluiu “de uma função inerte para uma postura promocional perante o cidadão” (Schäfer, 2013, p. 48). Há ainda de se reconhecer a importância do pensamento socialista para a consolidação destes direitos:

O reconhecimento dos direitos humanos de caráter econômico e social foi o principal benefício que a humanidade recolheu do movimento socialista, iniciado na primeira metade do século XIX. O titular desses direitos, com efeito, não é o ser humano abstrato, com o qual o capitalismo sempre conviveu maravilhosamente. É o conjunto dos grupos sociais esmagados pela miséria, a doença, a fome e a marginalização. (Comparato, 2010, p. 66)

São, portanto, direitos que buscam corrigir as desigualdades socioeconômicas (Prado, 2012, p. 45). Em razão disso, há uma associação destes direitos ao princípio da igualdade da Revolução Francesa (Marmelstein, 2014, p. 37), o qual torna-se um componente fundamental da democracia, de modo que toda a sociedade passa a ter responsabilidade com os problemas socioeconômicos, a fim de se equilibrar as relações sociais, notadamente buscando prevenir que desigualdades se perpetuem por falta de tratamento diferenciado àqueles que dele não podem prescindir, sendo este o fundamento dos direitos humanos de segunda geração (Schäfer, 2013, p. 48-49).

Os direitos humanos de segunda geração “impõem diretrizes, deveres e tarefas a serem realizadas pelo Estado, no intuito de possibilitar aos seres humanos melhor qualidade

de vida e um nível razoável de dignidade como pressuposto do próprio exercício da liberdade” (Marmelstein, 2014, p. 48).

Finalmente, surgem os direitos de terceira geração, num contexto de mudança de paradigma ético, através da coletivização dos direitos. Nessa senda:

Com a evolução da sociedade, a crescente complexidade das relações intersubjetivas, decorrente do pluralismo e das contradições da sociedade contemporânea, relevou a inadequação da teoria tradicional dos direitos fundamentais que tem por paradigma exclusivo a ética individualista [...]. O cerne deixa de ser o direito individual-egoístico e passa a ser predominantemente coletivo – e difuso – em que a socialização e a coletivização têm papel fundamental, nas palavras de Bolzan de Moraes, situação que inclusive gera profunda crise no positivismo jurídico dogmático [...] (Schäfer, 2013, p. 54-55).

Os direitos humanos de terceira geração surgem como fruto do princípio da solidariedade (ou fraternidade), direitos estes que visam a proteção de toda a humanidade e não apenas as pessoas individualmente ou os grupos de indivíduos (Marmelstein, 2014, p. 48). Portanto, os direitos humanos de terceira geração “são aqueles de titularidade da comunidade, como o direito ao desenvolvimento, direito à paz, direito à autodeterminação e, em especial, o direito ao meio ambiente equilibrado” (Ramos, 2020, n. p.).

Embora não seja uma posição unânime entre os teóricos, merece destaque que há quem defenda a existência de uma quarta, uma quinta e até mesmo uma sexta geração de direitos humanos.

No que tange à quarta geração dos direitos humanos, dois expoentes no assunto divergem em sua conceituação: para Paulo Bonavides (1999, p. 571 *apud* Rocasolano; Silveira, 2010, p. 179), a quarta geração abrangeria os direitos à democracia, ao pluralismo e à informação. Na compreensão de Norberto Bobbio (1992, p. 6 *apud* Rocasolano; Silveira, 2010, p. 180), a quarta geração estaria relacionada à proteção frente aos avanços da biotecnologia.

A quinta geração é defendida por Paulo Bonavides (1999, p. 591 *apud* Rocasolano; Silveira, 2010, p. 179), para quem o direito à paz deve ser reconhecido como um direito humano, compondo uma nova geração.

Por fim, há autores que defendem que o direito ao acesso à água potável deve ser reconhecido como um direito humano de sexta geração (Camin; Fachin, 2015, p. 52).

A despeito das críticas existentes ao estudo geracional dos direitos humanos e das respectivas discussões terminológicas, a análise das gerações dos direitos humanos apresenta-se útil de maneira geral, principalmente quando se pretende identificar características e o contexto histórico do reconhecimento de determinado direito.

No presente trabalho, o direito à saúde será considerado como inserido no rol dos direitos humanos de segunda geração, vale dizer, um direito oponível pelos indivíduos contra o Estado, que tem o dever que realizar prestações positivas para garantir sua efetivação. Na sequência, serão apresentados os diplomas internacionais que tratam desse direito.

1.3 O DIREITO À SAÚDE NA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH) E NO PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (PIDESC)

Ao tratar do direito à saúde, Cury (2005, p. 29) afirma que este é “o direito social mais importante, quer através de sua passagem histórica, quer através de seu alto grau de normatização, tanto no âmbito internacional como no interno”.

Piovesan (2008, p. 139-141) leciona que a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi inovadora ao conjugar em um único documento os direitos de primeira e de segunda geração, pareando os direitos quanto à sua importância para a consecução da dignidade da pessoa humana e demonstrando a sua interdependência.

Dentre os direitos sociais previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948), o direito à saúde foi expressamente contemplado no seu artigo 25:

Art. 25º

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

Para se compreender o direito à saúde, importante primeiro conceituar o que se entende por saúde:

A saúde era concebida, às vezes, como uma simples “ausência de doença”, outras vezes como “uma reserva corporal”, ou, ainda, como “um fundo de saúde” inato e que permite ao organismo resistir contra todas as agressões feitas pelo corpo social. Também podemos encontrar concepções da saúde como “equilíbrio” que permite ao indivíduo responder da forma mais eficiente possível às exigências da vida social. O equilíbrio se encarna na plenitude física e psíquica, no sentimento de auto-satisfação e de harmonia com os outros. Essas diferentes concepções de saúde constituíam entidades fluidas, podendo coexistir, e aptas a dar conta das diferentes facetas da experiência das pessoas, mas o “equilíbrio” apresentou-se como uma concepção positiva da saúde, tendo sido adotada tal concepção pela Organização Mundial de Saúde - OMS, que em sua Constituição afirma que “saúde é o estado de completo

bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”. (Aith, 2006, p. 50).

Assim, em geral, tem-se adotado o conceito de saúde que consta na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual saúde seria “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 1948).

Frise-se que o surgimento da OMS, em 22 de julho de 1946, é um marco histórico para a importância do direito humano à saúde no âmbito do direito internacional, demarcando uma virada de chave para o reconhecimento da instrumentalidade deste direito à consecução de diversos outros direitos e até mesmo à paz.

O direito à saúde também pode ser interpretado como corolário de outros dispositivos da Declaração de 1948, como o direito à vida e à vedação da discriminação em razão de doenças (Torronteguy, 2010, p. 83)².

Embora a DUDH seja um marco histórico e um grande avanço para o reconhecimento internacional dos direitos humanos, há uma grande discussão sobre a sua força normativa, isso porque diversos autores defendem que a Declaração não possui força jurídica vinculante, em razão de ser uma Resolução da ONU e não um tratado internacional.

Essa discussão existe porque, em regra, no âmbito do direito internacional o instrumento apto a gerar obrigações exigíveis dos Estados é o tratado internacional. Portanto, diz-se que um documento possui força normativa vinculante quando ele cria obrigações que podem ser exigidas do Estado que tenha se comprometido a cumpri-lo. Por seu turno, os documentos sem força normativa vinculante, como é o caso das resoluções da ONU, seriam apenas estandartes morais, que funcionam como recomendações de conduta direcionadas aos Estados, ou seja, não criam obrigações internacionalmente exigíveis.

Em vista disso, em 1966, foram celebrados o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Torronteguy, 2010, p. 84-85). Importante frisar que o Brasil ratificou ambos os pactos por meio dos Decretos nº 591 e 592, de 6 de julho de 1992 (Brasil, 1992), respectivamente.

No Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), o direito humano à saúde recebe uma grande atenção, de modo que pode ser observado nos artigos 11 e 12 do referido diploma internacional (Torronteguy, 2010, p. 87).

² Esta modalidade interpretativa de considerar o direito à saúde como decorrência de outros direitos de primeira geração foi aplicada durante longo tempo pela Corte IDH, sendo atualmente tutelado como direito autônomo, conforme será demonstrado no segundo capítulo deste trabalho.

Os artigos mencionados têm a seguinte redação:

Artigo 11

§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e para sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados-partes tomarão medida apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

§2. Os Estados-partes no presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessários para: 1. Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais. 2. Assegurar uma repartição eqüitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios.

Artigo 12

§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: 1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento sã das crianças. 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente. 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (Organização das Nações Unidas, 1966)

Torrenteguy (2010, p. 89-90) aponta sua importância para os direitos sociais e, especificamente, para o direito à saúde, pois dedica dois dispositivos para disciplinar expressamente o tema, que antes era tratado apenas de maneira genérica e vaga.

O mesmo autor chama atenção para o fato de que os direitos previstos no PIDESC são dotados de obrigatoriedade e podem ser exigidos dos Estados signatários, não sendo apenas normas programáticas, o que poderia ser interpretado pelo fato de que os Estados se comprometem a “adotar medidas para progressivamente efetivar os direitos ali reconhecidos” (Torrenteguy, 2010, p. 90).

Portanto, “no caso do direito à saúde, o Estado deve realizar prestações materiais por meio de construção de hospitais, equipamentos, equipe médica e ainda fornecimento gratuito de medicamentos, tudo para assegurar materialmente o efetivo gozo do direito à saúde” (Ramos, 2020, n. p.).

Nota-se que a criação da OMS, em 1946, figura como um marco histórico para o direito à saúde na seara internacional. Logo na sequência, o direito à saúde foi previsto na DUDH, cuja vinculação jurídica é questionada, como já mencionado alhures. Finalmente, em

1966, o direito à saúde foi amplamente destrinchado no PIDESC, cuja vinculação dos Estados signatários é inconteste.

1.4 O DIREITO À SAÚDE NA CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CADH) E NO PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

A par dos tratados celebrados em âmbito global, os Estados americanos também tiveram a iniciativa de elaborar textos destinados à garantia dos Direitos Humanos no âmbito regional.

Neste ponto é preciso realçar que o processo do reconhecimento dos direitos humanos no plano internacional até sua positivação no direito interno de cada estado costuma ser gradual, sendo comuns, em seu decorrer, a elaboração de tratados ou convenções em âmbito regional, como aconteceu na União Europeia (UE), União Africana (UA) e Organização dos Estados Americanos (OEA).

No âmbito desta última, o direito à saúde é contemplado na Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) e, mais detalhadamente, Protocolo de San Salvador, os quais serão abordados a seguir.

A CADH, que será analisada com maior detalhamento no próximo capítulo deste trabalho, contém um capítulo denominado “Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, o qual limita-se a um único artigo, o de número 26, com a seguinte redação:

Artigo 26 – Desenvolvimento progressivo.

Os Estados-Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados. (Organização dos Estados Americanos, 1969, n. p.)

Como é possível observar, os direitos sociais são tratados na CADH de forma genérica em relação aos direitos humanos de segunda geração, constando apenas o compromisso dos Estados de efetivarem de maneira progressiva tais direitos, o que naturalmente gerou conflitos interpretativos acerca da aplicabilidade direta destes direitos a partir da Convenção.

Essa questão gerou controvérsias jurídicas que precisaram ser dirimidas por julgamentos levados a efeito pela Corte IDH, o que será abordado com maior profundidade no capítulo 2 do presente trabalho.

Como já mencionado, os direitos sociais, culturais e econômicos foram previstos de maneira muito genérica na CADH, de modo que em 1988 foi adotado o Protocolo Adicional à Convenção, que trata especificamente destes direitos, aprovado pela Assembleia Geral da OEA, conhecido como Protocolo de San Salvador (Piovesan, 2008). Este protocolo foi ratificado pelo Brasil em 1999, sendo promulgado internamente por meio do Decreto nº 3.321/1999 (Mazzuoli, 2011, p. 883).

O direito à saúde é previsto expressamente no artigo 10 do Protocolo de San Salvador³, sendo definido como “o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”. Este direito também é contemplado em outros dispositivos do Protocolo de San Salvador. Nesse sentido, Torrenteguy (2010, p. 105) pontua:

Além disso, a saúde é reconhecida como direito com a proibição de trabalho que possa colocar em risco a saúde de menores de dezoito anos, bem como com o direito a segurança e higiene no trabalho. Igualmente, o Protocolo reconhece o direito à previdência social, abrangendo direito a atendimento médico e a auxílio em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, bem como a licença maternidade. O direito à saúde está implícito ao direito a um meio ambiente sadio e ao direito à alimentação, uma vez que “toda pessoa tem direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual”. Outrossim, no que concerne à proteção das pessoas idosas, os Estados se comprometem a proporcionar-lhes alimentação e assistência médica especializada. Enfim, há a obrigação de promover a inclusão social das pessoas deficientes.

É de suma importância destacar ainda que, por meio do Protocolo de San Salvador, os Estados signatários, dentre os quais se inclui o Brasil, comprometem-se a adotar as medidas que forem necessárias para garantir os direitos por ele previstos, o que inclui o direito à saúde.

Além disso, o Protocolo prevê vários outros direitos intimamente ligados ao direito à saúde, como o direito ao meio ambiente (artigo 11), o direito à segurança e higiene do trabalho (artigo 7), o direito à previdência social (artigo 9) e o direito à alimentação (artigo 12), sendo possível perceber a preocupação com a proteção da saúde dos indivíduos em diversos prismas diferentes. Nota-se, pois, que o Protocolo de San Salvador representa um

³ “Artigo 10. Direito à saúde. 1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito: a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas; d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.”

passo importante na direção da proteção dos direitos sociais no âmbito do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos (SIDH).

1.5 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Conforme já mencionado anteriormente, o direito à saúde somente foi introduzido de maneira ampla e universal no ordenamento constitucional brasileiro com o advento da Constituição Federal de 1988. Antes disso, não havia o reconhecimento do direito à saúde para toda e qualquer pessoa, porquanto “nos textos constitucionais anteriores, somente os trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social é que teriam direito de acesso à saúde pública.” (Silva, 2017, p. 10).

Desse modo, o texto constitucional da atual carta magna é consentânea com os tratados internacionais de que o Brasil é signatário, que reconhecem o direito à saúde como um direito humano e, portanto, dotado do caráter de universalidade.

1.5.1 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O direito à saúde está atualmente previsto no art. 6º da Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988)⁴, no Título II, dos direitos e garantias fundamentais, Capítulo II, relativo aos direitos sociais, e no art. 196⁵ ao 200, situados no Título VIII, da ordem social, Capítulo II, da seguridade social, Seção II, reservado especificamente à saúde.

A CF/88 estabelece que o direito à saúde será prestado pelo Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS), que será responsável por prestar os serviços públicos de saúde de modo universal, igualitário e gratuito a todos (Ramos, 2020, n. p.).

No que tange à competência para prestar os serviços públicos de saúde, a Constituição da República determinou que se trata de competência administrativa comum dos

⁴ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

⁵ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

entes federados, ou seja, os Municípios, os Estados, o Distrito Federal e a União devem agir conjuntamente para a concretização do direito humano à saúde⁶.

O texto constitucional determina ainda que a prestação da saúde deverá ocorrer de maneira regionalizada e descentralizada (art. 198, I, da CF/88⁷) e com atendimento prioritário pelos Municípios – e consequentemente pelo Distrito Federal, que acumula as competências administrativas dos Municípios dentro de seu território (art. 30, VI, da CF/88⁸). Nota-se, pois, uma forte tendência de municipalização dos serviços públicos de saúde por determinação constitucional.

Prado (2012, p. 62) associa este modelo regionalizado e descentralizado aplicado ao SUS como uma consequência do processo de redemocratização e de um sentimento de repulsa ao autoritarismo experimentado durante o período militar:

Nessa época, o ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na área da saúde houve, naquele momento, uma clara preferência pela municipalização, que viria como resposta aos anseios da reforma sanitária brasileira (Prado, 2012, p. 62).

O SUS tem, portanto, sua base normativa no texto constitucional. Entretanto, conforme leciona Barroso (2009, p. 15), a Constituição não estruturou o SUS por completo, tampouco descreveu seu modelo operacional, o que veio pouco menos de dois anos após a promulgação da CF/88, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990).

Ainda no âmbito infraconstitucional, merecem destaque a Portaria nº 3.916, de outubro de 1998 (Brasil, 1998), que instituiu a Política Nacional de Medicamentos, e a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), que aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Prado, 2012, p. 61).

Nessa senda,

⁶ A regra da competência comum pode ser observada no texto do art. 23, II, da CF/88: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”

⁷ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;”

⁸ “Art. 30. Compete aos Municípios: [...] VI- manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;”

[...] a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Com esse intuito, suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. [...] Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde, Lei nº. 01/2002 (NOAS-SUS 01/02) amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Prado, 2012, p. 61).

Todo o funcionamento do SUS é orientado por um rol de princípios, previsto no art. 7º da Lei nº 8.080/1990⁹. Sobre estes princípios:

Em resumo, a prestação do serviço de saúde no Brasil deve obedecer, então, aos seguintes princípios cardiais: (i) alcance universal, não podendo ninguém ser excluído; (ii) igualitária, não sendo permitida a discriminação de qualquer tipo, o que impede a diferenciação entre aqueles que podem pagar e os que não podem; (iii) integral, não podendo ter limite de atendimento que prejudique a saúde; (iv) equitativa, com investimentos em todos os campos necessários; (v) aberta à participação da comunidade; (vi) descentralizada para os Municípios; (vii) gratuita e em geral estatal; e (viii) colaborar com a preservação do meio ambiente e dos direitos dos trabalhadores (Ramos, 2020, n. p.).

Dentre eles, merece especial destaque o princípio da universalidade, que é o que garante a “gratuidade no acesso aos serviços, independentemente de nacionalidade, classe social ou contribuição para o Fundo Nacional de Saúde, para aqueles que precisarem de um serviço de atendimento à saúde” (Prado, 2012, p. 64).

⁹ “Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013; XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.”

Deste modo, Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo paradigma no direito à saúde no Brasil, não apenas positivando tal direito, mas também prevendo uma estrutura específica e complexa para garantir a execução da saúde pública, o SUS.

Além disso, a CF/88 optou por pautar o direito à saúde como um direito universal e integral, ou seja, deve ser prestado todo e qualquer tratamento a todas as pessoas indistintamente.

Outrossim, embora os preceitos fundamentais do SUS sejam delineados pela CF/88, a sua organização em pormenores se deu através de instrumentos infraconstitucionais, notadamente a Lei Orgânica da Saúde e algumas Portarias do Ministério da Saúde.

1.5.2 O direito à saúde fora do texto constitucional: bloco de constitucionalidade e a posição dos Tratados Internacionais

O conceito de bloco de constitucionalidade “consiste no reconhecimento da existência de outros diplomas normativos de hierarquia constitucional, além da própria Constituição” (Ramos, 2020, n. p.). Reflete a equiparação material de normas que formalmente não estão inseridas dentro do texto constitucional, mas que pelo seu conteúdo devem ter a mesma proteção reservada àquelas.

Historicamente, a ideia de bloco de constitucionalidade remonta ao direito francês, quando o Conselho Constitucional reconheceu, em 1958, o direito à liberdade de associação como sendo materialmente constitucional, mesmo que este não estivesse expressamente inserido em seu texto (Ramos, 2020, n. p.).

No Brasil, há uma grande divergência sobre quais normas podem ser consideradas materialmente constitucionais. Ramos (2020, n. p.) pontua que existem duas teorias sobre o tema: a do bloco de constitucionalidade amplo e a restrita. Segundo o autor, para a teoria ampla, todo e qualquer tratado internacional que verse sobre direitos humanos, terá hierarquia constitucional, por força do art. 5º, § 2º, da CF/88¹⁰; enquanto para a teoria restrita, apenas poderão ser considerados no bloco de constitucionalidade, os tratados internacionais de direitos humanos que passem pelo rito do art. 5º, § 3º, da CF/88¹¹.

¹⁰ “Art. 5º, § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

¹¹ “Art. 5º, § 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.”

A doutrina especializada no tema, em sua maioria, tende à ideia do bloco de constitucionalidade amplo. Nesse sentido:

Ora, ao prescrever que “os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros direitos decorrentes dos tratados internacionais”, *a contratio sensu*, a Carta de 1988 está a incluir, no catálogo de direitos constitucionalmente protegidos, os direitos enunciados nos tratados internacionais em que o Brasil seja parte. Esse processo de inclusão implica a incorporação pelo Texto Constitucional de tais direitos (Piovesan, 2008, p. 52).

Igualmente, Ramos (2020, n. p.) leciona que o texto da Constituição de 1988 adotou “o conceito de um bloco de constitucionalidade amplo, ao adotar os tratados de direitos humanos de estatuto equivalente à norma constitucional (de acordo com o art. 5º, § 2º)”.

Na mesma toada, Mazzuolli (2019, n. p.) afirma que,

[...] na medida em que a Constituição não exclui os direitos humanos provenientes de tratados, é porque ela própria os inclui em seu catálogo de direitos protegidos, ampliando o seu “bloco de constitucionalidade” e atribuindo-lhes hierarquia de norma constitucional [...]

Para os que adotam essa linha, compreende-se como bloco de constitucionalidade o conjunto de normas sobre direitos humanos, que estejam na legislação infraconstitucional ou em tratados internacionais adotados pelo Brasil, bem como os direitos fundamentais previstos na própria Constituição. Para este conceito, considera-se o conteúdo material das normas e não se estão formalmente inseridas na constituição, até por isso são chamadas também de normas materialmente constitucionais.

Por seu turno, o STF, desde 2008, tem adotado a teoria restrita, que alguns autores chamam também de teoria do duplo diploma, segundo a qual os tratados que passarem pelo rito do art. 5º, § 3º, serão considerados como normas constitucionais, enquanto aqueles que não passarem por tal rito, terão caráter supra legal, isto é, são hierarquicamente superiores às leis federais, mas inferiores às normas constitucionais.

A interpretação do STF aparentemente limita a intenção do legislador constituinte em conferir caráter expansivo aos direitos humanos. Arrematando o tema, Piovesan (2008, p. 76) assim conclui:

Frise-se: todos os tratados internacionais de direitos humanos são materialmente constitucionais, por força do § 2º do art. 5º. Para além de serem materialmente constitucionais, poderão, a partir do § 3º do mesmo dispositivo, acrescer a qualidade de formalmente constitucionais, equiparando-se às emendas à Constituição, no âmbito formal.

Atualmente, apenas quatro tratados internacionais são dotados do *status* de emenda constitucional no Brasil, após passarem pelo rito do art. 5º, § 3º, são eles: a Convenção

Internacional Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo (Brasil, 2009); o Tratado de Marraqueche (Brasil, 2018) e a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância (Brasil, 2022).

Dessarte, para a teoria adotada pelo STF atualmente, as normas infraconstitucionais e os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário que tratam do direito à saúde não compõem o chamado bloco de constitucionalidade.

Outrossim, na atual conjuntura, no que tange às normas que versem sobre o direito humano à saúde, que estiverem inseridas em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, caberá apenas o controle de convencionalidade, em razão do caráter supra legal reconhecido pelo STF.

1.5.3 A judicialização do direito à saúde no Brasil

O direito à saúde no Brasil tem ganhado a atenção da comunidade jurídica, em razão do aumento veloz e significativo das ações judiciais envolvendo a matéria, notadamente em razão da dificuldade de atendimento administrativo das demandas dos cidadãos, evidenciando assim a relevância do papel do Poder Judiciário na concretização dos direitos humanos no Brasil¹².

Diante desse quadro, é relevante anotar a especial importância do reconhecimento de que a proteção dos direitos fundamentais vincula não apenas os poderes legislativo e executivo, mas também, e principalmente, o Poder Judiciário:

Todos os órgãos estatais (Legislação, Administração/Governo, Jurisdição) estão igualmente vinculados aos direitos fundamentais, devendo suas intervenções passar pelo crivo do critério da proporcionalidade. Essa constatação foi designada como “vigência tripla da proporcionalidade” que abrange o dever de elaboração de leis proporcionais pelo legislador, de sua interpretação e implementação proporcional pelo Executivo e de sua interpretação e aplicação igualmente proporcional pelo Judiciário. (Dimoulis, 2014, p. 192-193).

Isso decorre do fato de que, nos ordenamentos jurídicos democráticos, verifica-se a evolução do paradigma do Estado de Direito para Estado Constitucional, caracterizada pelo deslocamento da primazia do direito ao primado da Constituição, pelo deslocamento da

¹²O Poder Judiciário brasileiro finalizou o ano de 2020 com 75,4 milhões de processos em tramitação, aguardando alguma solução definitiva. Desses, 13 milhões, ou seja, 17,2%, estavam suspensos, sobrestados ou em arquivo provisório, aguardando alguma situação jurídica futura. Desconsiderados tais processos, havia em andamento no período 62,4 milhões ações judiciais ([Conselho Nacional de Justiça](#), 2021).

reserva da lei para a reserva da Constituição e pela passagem do controle jurisdicional de legalidade para o controle jurisdicional da constitucionalidade (Perez-Luño, 2006, p. 56).

Por ser um direito humano de segunda geração, que envolve necessariamente a exigência de uma prestação positiva, um *facere*, por parte do Estado, cumulado com a escassez e, em muitos casos, a má gestão dos recursos públicos, o direito à saúde ostenta natural vocação para a judicialização.

Prova disso é o fato de que, na atualidade, as discussões mais relevantes sobre o direito à saúde se operam no Poder Judiciário e não no Poder Legislativo. De fato, a judicialização da saúde tem crescido de maneira significativa a cada ano no País, de modo que Schulze (2019, p. 60), coletando números do CNJ, aponta que em 2011 os números de demandas de natureza cível sobre o tema somavam 240.980 processos, passando para 392.921 em 2016 e 1.346.931 em 2017. Essas estatísticas revelam que o número de ações sofreu um acréscimo consistente ano após ano, resultando em um incremento de mais de 400% em um período de apenas 6 anos.

Dentre as causas da judicialização da saúde, destacam-se o baixo orçamento em relação à demanda da sociedade e a precariedade do atendimento primário, principalmente em razão da distribuição inadequada dos profissionais e de problemas logísticos na distribuição de insumos; já como consequência deste processo de judicialização, tem-se a diversidade de entendimentos sobre o tema pelos juízes espalhados pelo país, o que se traduz em grande insegurança jurídica para as partes nestes processos (Schulze, 2019, p. 55).

A partir do aumento exponencial do número de ações judiciais relacionadas ao direito humano à saúde e diante da natural variedade de decisões dos diversos juízes e tribunais, as questões relacionadas às ações prestacionais de saúde foram submetidas ao exame dos Tribunais Superiores, com vistas a uniformizar a interpretação e conferir maior grau de segurança jurídica à aplicação das normas jurídicas relativas ao direito à saúde.

Um tema que causou controvérsia relevante no âmbito do Poder Judiciário diz respeito ao fornecimento, pelo Poder Público, de medicamentos que não estão incorporados na RENAME¹³. Em relação a essa matéria, o Superior Tribunal de Justiça¹⁴, no julgamento do

¹³A RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, na forma do art. 25 do Decreto nº 7.508/2011.

¹⁴Uma das principais funções do Superior Tribunal de Justiça (STJ) é a unificação da jurisprudência nacional, de modo que quando uma mesma questão de direito é repetidamente levada ao STJ, lhe é facultado julgar esta questão sob um rito específico (recursos repetitivos) previsto pelo Código de Processo Civil, em que o Tribunal define uma tese a ser posteriormente aplicada a todos os processos que discutam a mesma questão. Importante

REsp 1657156/RJ, fixou a tese jurídica do Tema 106 no sentido da obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamentos não incluídos na referida lista e estabeleceu os requisitos para o reconhecimento da obrigação, com a seguinte redação:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. (Brasil, 2018, n. p.)

Como é possível observar, a tese delimitou com clareza os parâmetros para o reconhecimento (ou não) da obrigatoriedade de se fornecer os medicamentos que não façam parte da RENAME. Porém, assentada a obrigação, surge a discussão do sujeito passivo da relação jurídica obrigacional, vale dizer, de quem ela pode ser exigida.

Nesse contexto, a discussão se voltou para a definição da natureza jurídica da obrigação de fornecer tratamento médico à população. Esse aspecto afigura-se relevante na medida em que, caso se entenda que sua natureza é solidária, o cidadão poderá ingressar com uma ação judicial: 1) isoladamente contra o município em que reside¹⁵; 2) isoladamente contra o estado em que reside; 3) isoladamente contra a união; 4) contra o município e o estado de sua residência em litisconsórcio passivo; 5) contra o município de sua residência e a união em litisconsórcio passivo; 6) contra o estado em que reside e a união em litisconsórcio passivo; 7) contra o município, o estado e a união em litisconsórcio passivo.

Necessário anotar, nessa hipótese, que se o autor da ação optar por incluir a união do polo passivo da ação, o processo deverá necessariamente tramitar perante a Justiça Comum Federal, nos termos do art. 109, inc. I, da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Por outro lado, se preponderar o entendimento de que os entes federativos não estão solidariamente obrigados a fornecer tratamento de saúde aos seus cidadãos, mas devem responder em juízo somente pelos procedimentos que a lei expressamente lhes atribui, cabendo à união responder por aqueles não expressamente atribuídos aos estados e

frisar que, apesar de guardar certa semelhança, o tema de recurso repetitivo do STJ é diferente do tema de repercussão geral do STF.

¹⁵ Há julgados de tribunais de justiça estaduais que determinam que o direito de exigir tratamento de saúde deve ser deduzido em face do município em que o autor possui domicílio e, em caso de impossibilidade, perante as esferas mais amplas da federação, no caso, o estado federado de residência ou a União. Nesse sentido: AI 2252203-86.2021.8.26.0000 e AC 1012719-56.2015.8.26.0071 (TJSP); REEX 0046624-95.2006.8.19.0001 (TJRJ); AI 1003368-56.2019.8.11.0000 (TJMT). Excetuando-se os casos de emergência ou urgência médica, parece ser o melhor critério a ser adotado para permitir a gestão adequada do SUS.

municípios, então o autor não poderá optar contra qual ente público deseja litigar, mas deverá observar a repartição de competências ou atribuições determinada por lei no âmbito do SUS.

Ao longo do tempo foi se formando entendimento majoritário na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que a obrigação dos entes públicos de fornecer atendimento de saúde à população era de natureza solidária, sendo obrigatória a inclusão da União tão somente nos casos em que o pedido abranja medicamentos não registrados junto à ANVISA¹⁶.

Em razão de sua natureza constitucional, a questão foi submetida ao Supremo Tribunal Federal, que reconheceu a repercussão geral do tema e, posteriormente, no julgamento dos Embargos de Declaração no RE 855178/SE, fixou a tese do Tema 793¹⁷, assim redigida:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (Brasil, 2019, n. p.).

A redação da tese não é isenta de críticas. A primeira delas é a de que alguns pontos do voto vencedor, prolatado pelo Ministro Edson Fachin, não foram contemplados em sua redação. Com efeito, o relator constou em seu voto as seguintes afirmações: I) a ratificação da jurisprudência do STF no sentido de se reconhecer a solidariedade dos entes federativos nas demandas relativas à saúde, cujo polo passivo será composto pelos entes que optar o autor; II) a obrigatoriedade de se incluir a União nas demandas que busquem medicamentos que não fazem parte das políticas públicas; e III) a determinação à autoridade judicial que direcione o cumprimento da obrigação ao ente legalmente responsável, bem como de eventual ressarcimento daquele que suportou o ônus da obrigação.

Basta ler a tese para observar que somente a parte final do item I do relatório não foi contemplada em sua redação e o item II sequer foi mencionado.

Uma segunda crítica a ser feita é que a tese jurídica parece não se preocupar com a melhor técnica processual quando determina que o juiz direcione *ex officio* o cumprimento da

¹⁶Nesse sentido: AgInt no CC 174544/PR, Primeira Seção, julgado em 16/03/2021; AgInt no CC 172502/SC, Primeira Seção, julgado em 02/03/2021; AgInt no CC 173185/RS, Primeira Seção, julgado em 02/03/2021; AgInt no REsp 1606349/PI, Primeira Turma, julgado em 15/12/2020; AgInt no RE no AgInt no REsp 1043168/RS, Corte Especial, julgado em 16/11/2020; CC 172817/SC, Primeira Seção, julgado em 09/09/2020.

¹⁷A afetação de tema de repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal (STF) ocorre quando a corte reconhece que determinados recursos apresentam questões relevantes sob o aspecto econômico, político, social ou jurídico e que ultrapassem os interesses apenas das partes que envolvem o processo. Assentado este entendimento, o tribunal, após julgar o recurso, fixa uma tese, na qual condensa o seu entendimento sobre a questão e que deverá ser aplicada a todos os demais processos que envolvam o mesmo tema.

obrigação ao ente legalmente responsável. Ora, do ponto de vista processual, dizer que os entes são solidariamente responsáveis significa reconhecer, como mencionado alhures, que todos os entes federados são parte legítima para figurar no polo passivo das ações prestacionais de saúde e que a escolha recai sobre o credor solidário, no caso, o autor da ação.

A respeito da legitimidade *ad causam*, Didier Jr (2019, p. 405) leciona:

Parte legítima é aquela que se encontra em posição processual (autor ou réu) coincidente com a situação legitimadora, “decorrente de certa previsão legal, relativamente àquela pessoa e perante o respectivo objeto litigioso”. Para exemplificar: se alguém pretende obter uma indenização de outrem, é necessário que autor seja aquele que está na posição jurídica de vantagem e o réu seja o titular, ao menos em tese, do dever de indenizar.

Vale lembrar outra importante consequência processual da solidariedade, que consiste na possibilidade de chamamento ao processo, na forma do art. 130 do CPC, instituto que assegura ao réu que for demandado isoladamente por obrigação solidária busque a inclusão dos outros coobrigados solidários ao polo passivo do processo (Dinamarco; Badaró; Lopes, 2021, p. 389).

Assim, em razão da solidariedade passiva, sempre que o autor optar por ingressar apenas contra um ou alguns deles, será possível o chamamento ao processo dos demais por parte daqueles que foram demandados inicialmente. Não obstante, de acordo com a tese jurídica fixada no Tema 793 o chamamento ao processo deixa de ser uma faculdade do réu, pois o juiz passa a ter o dever de determinar a formação de litisconsórcio passivo, a depender do pedido formulado.

Com isso, transfere-se para o juiz uma atribuição que deveria recair sobre o órgão de representação jurídica da Fazenda Pública demandada, qual seja, analisar os termos do pedido inicial, identificar sobre quem recai, no âmbito administrativo, a responsabilidade pelo tratamento pleiteado e, se for o caso, optar pelo chamamento. Essa atividade agora não é mais da Fazenda Pública, mas do Poder Judiciário, o que cria uma prerrogativa adicional para o ente público, de impor ao juiz o dever de zelar por seus interesses financeiros, conforme aponta Santos (2021, p. 810):

Isso traz grande complexidade para a autoridade judicial e dependerá muito da defesa feita pelo ente público no tocante à demonstração das responsabilidades do demandado, mesmo sem a celebração do contrato de ação pública, com o chamamento à lide em litisconsórcio.

Uma terceira crítica recai sobre a obrigatoriedade de inclusão da União nos processos em que se busca o fornecimento de medicamento não previstos na RENAME, o que nem

mesmo constou na redação final da tese fixada no Tema 793. A consequência processual desta obrigatoriedade reside na fixação da competência para o julgamento da ação.

A competência é tradicionalmente definida pela doutrina como a “quantidade de jurisdição cujo exercício é atribuído a cada órgão ou grupo de órgão” (Liebman, 1985, p. 55 *apud* Didier Jr., 2019, p. 240). Ou seja, a competência é a atribuição que a lei ou a constituição confere a cada órgão para que exerça a jurisdição atendidos certos limites, cujo objetivo é racionalizar a prestação jurisdicional.

Um dos critérios de fixação de competência é o subjetivo, que decorre das partes compõem o processo. A competência da Justiça Federal de primeiro grau, fixada pelo art. 109, I, da CF/88, trata-se de competência *rationae personae* (Neves, 2019, p. 253), de tal modo que o simples fato de a União figurar no polo passivo da demanda atrai a competência da Justiça Federal para processar e julgar a ação.

Logo, com a obrigatoriedade de se incluir a União no polo passivo das ações que busquem o reconhecimento judicial da obrigação de fornecer medicamentos fora da RENAME, somente a Justiça Federal seria a competente para julgar tais processos. Essa obrigatoriedade, além de incompatível com o reconhecimento da natureza solidária da obrigação que a tese diz reafirmar, acaba por dificultar o acesso à justiça do cidadão que reside em localidade que não é sede de vara ou juizado especial federal, como será analisado com maior profundidade adiante.

A quarta crítica que pode ser mencionada refere-se ao dever do juiz de determinar o ressarcimento daquele que arcou com os gastos, o que gerou uma ambiguidade, pois a redação da tese jurídica prevê que o juiz direcione o cumprimento para o ente público responsável e, ao mesmo tempo, que determine o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro indevido.

Evidentemente são duas medidas incompatíveis entre si, que jamais poderão ocorrer simultaneamente, de modo que o juiz determinará uma ou outra, conforme o caso. Ocorre que a redação da tese não deixa claro se há uma ordem a ser seguida ou se o juiz poderá optar livremente por qualquer das duas.

A tese fixada pelo STF no Tema 793, de redação deficiente e ambígua, acaba por permitir a adoção de soluções as mais diversas, todas de algum modo albergadas em interpretações adotadas pelos órgãos da Justiça Estadual e da Justiça Federal.

Em razão disso, mais uma vez a questão foi submetida ao STJ para se buscar algum tipo de pacificação do entendimento a ser dado à matéria, especialmente no que diz respeito à necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda e a consequente competência da Justiça Federal.

Debruçando-se sobre o tema, o STJ instaurou o incidente de assunção de competência (IAC) nº 14¹⁸, que foi admitido em 31/05/2022 pela Primeira Seção. Na sequência, em 08/06/2022, o órgão julgador determinou que, até que o IAC fosse definitivamente julgado, os juízes estaduais não deveriam declinar a competência para a Justiça Federal, devendo os processos prosseguirem na jurisdição estadual. Em 12/04/2023, a Primeira Seção julgou definitivamente o incidente e fixou três teses sobre o tema:

- a) Nas hipóteses de ações relativas à saúde intentadas com o objetivo de compelir o Poder Público ao cumprimento de obrigação de fazer consistente na dispensação de medicamentos não inseridos na lista do SUS, mas registrado na ANVISA, deverá prevalecer a competência do juízo de acordo com os entes contra os quais a parte autora eleger demandar;
- b) as regras de repartição de competência administrativas do SUS não devem ser invocadas pelos magistrados para fins de alteração ou ampliação do polo passivo delineado pela parte no momento da propositura da ação, mas tão somente para fins de redirecionar o cumprimento da sentença ou determinar o ressarcimento da entidade federada que suportou o ônus financeiro no lugar do ente público competente, não sendo o conflito de competência a via adequada para discutir a legitimidade ad causam, à luz da Lei n. 8.080/1990, ou a nulidade das decisões proferidas pelo Juízo estadual ou federal, questões que devem ser analisada no bojo da ação principal.
- c) a competência da Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da CF/88, é determinada por critério objetivo, em regra, em razão das pessoas que figuram no polo passivo da demanda (competência *ratione personae*), competindo ao Juízo federal decidir sobre o interesse da União no processo (Súmula 150 do STJ), não cabendo ao Juízo estadual, ao receber os autos que lhe foram restituídos em vista da exclusão do ente federal do feito, suscitar conflito de competência (Súmula 254 do STJ) (Brasil).

Na sequência dos fatos, em 09/12/2024, a Primeira Seção do STJ cancelou as teses firmadas no IAC 14¹⁹, em razão de sua incompatibilidade com as teses fixadas pelo STF no Tema de Repercussão Geral 1234 (Brasil, 2024).

O STF ao julgar o Tema de Repercussão Geral 1234 Tema de Repercussão Geral 1234 (Brasil, 2024), fixou o entendimento de que as ações que busquem o fornecimento de medicamentos não incorporados nas políticas públicas do SUS, mas registrados na ANVISA somente tramitarão na Justiça Federal caso o valor do tratamento anual ultrapasse 210 salários-mínimos. Ficou decidido ainda que, no caso das ações cuja competência seja da Justiça Federal, o custeio será integralmente feito pela União. Além disso, no caso de

¹⁸O incidente de assunção de competência (IAC) é um dos mecanismos previstos pelo Código de Processo Civil para que os Tribunais fixem seu entendimento sobre determinado tema que envolva relevante questão de direito, com grande repercussão social, independentemente de haver ou não múltiplos processos sobre a questão. Assim, o IAC acaba tendo um papel preventivo, isto é, sempre que o Tribunal verifique a relevante questão de direito com grande repercussão social de algum tema, ele pode fixar sua tese a partir de um IAC, evitando assim futuras inseguranças jurídicas sobre o tema.

¹⁹Informações sobre o IAC disponíveis no site do STJ:

https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?p=true&novaConsulta=true&quantidadeResultadosPorPagina=10&i=1&tipo_pesquisa=1&cod_tema_inicial=14&cod_tema_final=14

medicamentos não incorporados que tramitem na Justiça Estadual e impuserem condenações aos Estados e Municípios, haverá o ressarcimento pela União via repasses Fundo a Fundo.

Finalmente, o STF fixou a tese no Tema 500 da sistemática da repercussão geral que, nos casos de medicamentos não registrados na ANVISA, a ação que busque o seu fornecimento será necessariamente proposta contra a União e a competência será, portanto, da Justiça Federal.

No que tange ao ressarcimento interfederativo o Tema 1234 do STF determinou a regulamentação o procedimento que os Entes federados pudessem fazer tal requerimento, de modo que foi criada a Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024), prevendo que o pedido deve ser encaminhado por ofício, ao qual deverá ser anexada toda a documentação pertinente, como cópia da decisão judicial, da prescrição médica, da nota de empenho, da nota fiscal de compra, entre outros documentos.

Referido ato normativo representou grande avanço, tendo em vista que a falta de regulamentação do ressarcimento interfederativo se tratava um problema antigo no federalismo brasileiro. Até então, a ausência de regulamentação sobre o ressarcimento somado à inexistência de qualquer sanção ao Ente que deixasse de fazê-lo criava um efeito bola de neve. Isso porque, ao deixar de cumprir suas obrigações, o Ente desincumbia-se dos gastos relativos ao serviço de saúde, ciente que não haveria consequências para o descumprimento, o que estimulava a sua conduta omissiva de não ressarcir o ente público que arcou com os custos (Lopes, 2019, p. 95).

Por outro lado, após a judicialização e havendo o cumprimento por ente federativo diverso do originalmente responsável pela prestação ajuizada, gerava-se um desequilíbrio financeiro, pois seu orçamento não contava com a execução de tratamentos de saúde fora de sua competência originária.

Com a delimitação das hipóteses, dos procedimentos, dos prazos e dos requisitos para o ressarcimento, pode-se dizer que houve um novo marco histórico para o federalismo brasileiro e para a efetivação do direito à saúde.

2 O SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS (SIDH) E O DIREITO À SAÚDE

Delineados os pontos relevantes para este trabalho sobre a evolução e consolidação do direito humano à saúde internacionalmente e no Brasil, passa-se à análise deste direito no âmbito do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos (SIDH) e de seus instrumentos normativos.

Compreender as características do direito à saúde no contexto do SIDH é de suma importância para o presente trabalho, tendo em vista que o problema central em debate são as relações internacionais entre os Estados do Brasil e do Paraguai na efetivação deste direito humano.

Portanto, o presente capítulo tem como objetivo delinear a estrutura, organização e competência do SIDH e de que modo o direito à saúde tem sido aplicado e interpretado por seus órgãos.

2.1 A CARTA DA OEA E A CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

Após a Segunda Guerra Mundial, os Estados nacionais passaram a perceber a importância de sua mútua cooperação internacional a fim de garantir seus interesses políticos, econômicos e a prevalência da paz mundial, contexto em que ganham força as Organizações Internacionais, superando-se a ultrapassada ideia de soberania estatal (Piffer, 2015, p. 2-3).

Com efeito, os conflitos militares em escala mundial que marcaram o início do século XX evidenciaram a necessidade de cooperação para reconstrução dos países afetados pela guerra, tanto vencidos como vencedores, porquanto sua eclosão foi o ápice de crises sociais e econômicas não solucionadas pelos meios diplomáticos.

Nesse contexto, a cooperação entre nações se impôs como forma de assegurar estabilidade política e, assim, garantir um ambiente de paz mundial que permitisse a prosperidade e avanços sociais dos povos.

2.1.1 A carta da OEA e a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem

A Organização dos Estados Americanos (OEA) é fruto deste movimento internacional de cooperação entre os Estados. O movimento de integração entre os Estados americanos antecede em muito a criação da OEA, sendo verificada desde 1889, quando da

realização da Primeira Conferência Internacional das Américas, além de que novas conferências eram realizadas a cada cinco anos (Piffer, 2015, p. 7-8). “De fato, esta foi a primeira vez que os países da região se reuniram na busca de um ideário comum, qual seja, a de que o continente americano se tornasse pacífico e buscasse um maior desenvolvimento” (Silva, 2007, p. 97).

Conforme aponta Ramos (2020, n. p.):

Durante a 9ª Conferência Interamericana realizada em Bogotá, entre 30 de março a 2 de maio de 1948, foram aprovadas a Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA) e a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem. A Carta da OEA proclamou, de modo genérico, o dever de respeito aos direitos humanos por parte de todo Estado-membro da organização.

Piffer (2015, p. 9-10) aponta que a OEA é uma organização independente em relação à ONU, pois possui autonomia no âmbito do Direito Internacional, o que é corroborado pelo art. 52 da Carta das Nações Unidas²⁰. Ramos (2020, n. p.) adverte que “os Estados-membros da OEA estão vinculados ao cumprimento dos direitos mencionados na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem”.

Além disso, a Declaração Americana consagrou, ainda em 1948, a ideia de universalidade dos direitos humanos, ao reconhecer que decorrem diretamente de sua condição humana, independentemente da nacionalidade ou cidadania (Ramos, 2020, n. p.).

Neste contexto, começa a se desenvolver o sistema regional americano de proteção dos direitos humanos, destacando-se a criação, em 1959, da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que surgiu como órgão temporário e se consolidou como parte integrante da estrutura da OEA após o Protocolo de Buenos Aires de 1967 (Ramos, 2020, n. p.).

Deste modo, é perceptível que o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos surge do desejo de cooperação internacional dos Estados americanos para a promoção da paz, que culminou na criação da OEA.

²⁰ “ARTIGO 52 - 1. Nada na presente Carta impede a existência de acordos ou de entidades regionais, destinadas a tratar dos assuntos relativos à manutenção da paz e da segurança internacionais que forem suscetíveis de uma ação regional, desde que tais acordos ou entidades regionais e suas atividades sejam compatíveis com os Propósitos e Princípios das Nações Unidas. 2. Os Membros das Nações Unidas, que forem parte em tais acordos ou que constituírem tais entidades, empregarão todo os esforços para chegar a uma solução pacífica das controvérsias locais por meio desses acordos e entidades regionais, antes de as submeter ao Conselho de Segurança. 3. O Conselho de Segurança estimulará o desenvolvimento da solução pacífica de controvérsias locais mediante os referidos acordos ou entidades regionais, por iniciativa dos Estados interessados ou a instância do próprio conselho de Segurança. 4. Este Artigo não prejudica, de modo algum, a aplicação dos Artigos 34 e 35.”

2.1.2 A Convenção Americana de Direitos Humanos

Ainda dentro do processo de desenvolvimento do sistema interamericano de proteção dos direitos humanos, merece especial destaque a aprovação da Convenção Americana de Direitos Humanos, que apesar de ter ocorrido em 1969 em São José da Costa Rica, somente passou a ter vigência em 1978 com a adesão mínima de onze Estados (Ramos, 2020, n. p.).

Nessa linha:

O instrumento de maior importância no sistema interamericanos é a Convenção Americana de Direitos Humanos, também denominada Pacto de San José da Costa Rica. Foi assinada em San José, Costa Rica, em 1969, entrando em vigor em 1978. Apenas Estados membros da Organização dos Estados Americanos têm o direito de aderir à Convenção Americana (Piovesan, 2008, p. 243-244).

A CADH se dedica, basicamente ao reconhecimento de direitos civis e políticos, muito próximo ao Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, sem garantir expressamente os direitos sociais, culturais e econômicos, apenas consignando o dever dos Estados signatários a promovê-los progressivamente (Piovesan, 2008, p. 245).

Mazzuoli (2019, n. p.) adverte que, conforme tem interpretado a Corte Interamericana de Direitos Humanos²¹, a proteção garantida pela CADH é complementar às ordens jurídicas internas dos Estados signatários, ou seja, não tem o condão de substituir os sistemas jurídicos primários de cada país, mas apenas de complementá-los, quando estes não se mostrarem suficientes.

Em razão disso, tem-se que:

Portanto, o sistema protetivo previsto pela Convenção deve somente operar depois de se dar oportunidade de agir ao Estado. Apenas em caso de inação deste – ou em caso de proteção aquém da que deveria ocorrer, em desacordo com o sistema protetivo convencional – é que então terá lugar a proteção prevista pela Convenção. (Mazzuoli, 2019, n. p.)

A essência normativa da CADH está em seus artigos 1º e 2º²², de modo que o primeiro artigo descreve os direitos que os Estados signatários se comprometem a assegurar,

²¹ A Corte Interamericana de Direitos Humanos tem seu nome comumente abreviado para Corte IDH, sendo um dos órgãos compõem o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, conjuntamente da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). ambos serão mais bem estudados na seção seguinte.

²² “Artigo 1º - Obrigação de respeitar os direitos. 1. Os Estados-partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma, por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social. 2. Para efeitos desta Convenção, pessoa é todo ser humano. Artigo 2º - Dever de adotar disposições de direito interno. Se o exercício dos direitos e liberdades mencionados no artigo 1 ainda não estiver garantido por disposições legislativas ou de outra natureza, os Estados-partes

enquanto o segundo artigo, os Estados se comprometem a todas as iniciativas de ordem legislativa ou qualquer outra natureza para implementar os direitos e garantias previstos pela Convenção (Mazzuoli, 2019, n. p.).

A respeito desta obrigação constante no segundo artigo, Buergenthal (1984, p. 442 *apud* Piovesan, 2014, p. 109-110):

Os Estados-partes na Convenção Americana têm a obrigação não apenas de ‘respeitar’ esses direitos garantidos na Convenção, mas também de ‘assegurar’ o seu livre e pleno exercício. Um governo tem, conseqüentemente, obrigações positivas e negativas relativamente à Convenção Americana. De um lado, há a obrigação de não violar direitos individuais; por exemplo, há o dever de não torturar um indivíduo ou de não privá-lo de um julgamento justo. Mas a obrigação do Estado vai além desse dever negativo e pode requerer a adoção de medidas afirmativas necessárias e razoáveis, em determinadas circunstâncias, para assegurar o pleno exercício dos direitos garantidos pela Convenção Americana. Por exemplo, o Governo de um país em que há o desaparecimento de indivíduos em larga escala está a violar o artigo 7º (1) da Convenção Americana, ainda que não possa demonstrar que seus agentes sejam responsáveis por tais desaparecimentos, já que o Governo, embora capaz, falhou em adotar medidas razoáveis para proteger os indivíduos contra tal ilegalidade.

Nessa esteira, ao ratificar a CADH, por meio do Decreto 678, de 06 de novembro de 1992 (Brasil, 1992), o Brasil assumiu dois compromissos: respeitar os direitos nela previstos e promover a sua garantia. Vale dizer, o Brasil se compromete a não praticar qualquer conduta que viole esses direitos e também a adotar as medidas necessárias, inclusive legislativas, para garantir a sua efetividade.

Outro ponto que torna a CADH o documento de maior importância no que tange ao SIDH, reside no fato de que ela trata dos dois principais órgãos que o compõem: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Piovesan, 2008, p. 246), cujas competências e organização serão elucidadas na seção seguinte.

Portanto, no contexto de desenvolvimento de um sistema regional de proteção dos direitos humanos, a OEA aprovou a Convenção Americana de Direitos Humanos, instrumento central do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos (SIDH), que assegura principalmente direitos civis e políticos e obriga os Estados signatários a garantirem a sua execução, bem como determina que seus Estados-membro promovam os direitos sociais, culturais e econômicos progressivamente.

comprometem-se a adotar, de acordo com as suas normas constitucionais e com as disposições desta Convenção, as medidas legislativas ou de outra natureza que forem necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades.”

2.2 OS ÓRGÃOS DO SIDH: A COMISSÃO E A CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

Conforme exposto anteriormente, o processo histórico de reconhecimento dos direitos humanos se solidifica com a criação de instituições dotadas dos meios de ação necessários para garantir a efetiva aplicação dos tratados internacionais celebrados entre os países e coibir violações às suas normas.

Cientes dessa necessidade, os Estados americanos instituíram o SIDH, que é composto por dois órgãos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), criada em 1948, junto com a OEA, e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), instituída em 1978.

As bases normativas de ambos os órgãos retro mencionados, que envolvem sua composição, atribuições, competências e prerrogativas de seus membros, estão previstas na Convenção Americana de Direitos Humanos, nos artigos 33 a 82, e serão detalhadas a seguir.

2.2.1 A Comissão Interamericana de Direitos Humanos

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (Comissão IDH) tem como objetivo central “promover a observância e a proteção dos direitos humanos na América” (Piovesan, 2014, p. 110).

Segundo Mazzuoli (2019, n. p.), a Comissão IDH funciona também como um órgão consultivo para a OEA, representando um papel de caráter mais político do que jurídica, sendo competente para receber denúncias sobre violações de direitos humanos por parte do Estados que estão sob seu alcance.

Neste ponto, convém ressaltar que, como a CIDH foi prevista tanto da Carta da OEA quanto na Convenção Americana de Direitos Humanos, a sua competência de atuação alcança tanto os Estados-membros da OEA relativamente aos direitos constantes da Declaração de 1948, quanto os signatários da CADH relativamente aos direitos positivados na Convenção (Piovesan, 2014, p. 110).

Quanto a sua composição, a Comissão é integrada por 7 membros “de alta autoridade moral e reconhecido saber em matéria de direitos humanos”, que podem ser nacionais de qualquer Estado-membro da Organização dos Estados Americanos. Os membros da Comissão são eleitos, a título pessoal, pela Assembleia Geral por um período de 4 anos, podendo ser reeleitos apenas uma vez (Piovesan, 2008, p. 247).

Ramos (2020) aponta que os membros da CIDH são denominados “Comissários”, ou em espanhol “Comisionados”. Além disso, os membros serão eleitos a partir de nomes inicialmente indicados pelos Estados-membros, sendo que cada um tem o direito à indicação de três nomes, podendo as indicações recair sobre pessoas nacionais do próprio Estado que está indicando, como também de nacionais de qualquer outro Estado-membro (Ramos, 2020, n. p.).

Outro ponto que merece especial destaque é que os membros da Comissão “atuam com independência e imparcialidade, não representando o Estado de origem” (Ramos, 2020, n. p.). Ou seja, os membros não devem fazer o papel de defensores do seu Estado de origem ou do Estado que os indicou, mas sim exercer sua função de maneira livre e imparcial.

A respeito da principal competência da CIDH, Piovesan (2008, p. 249) assinala que:

É também da competência da Comissão examinar as comunicações encaminhadas por indivíduos ou grupos de indivíduos, ou ainda de entidade não governamental, que contenham denúncias de violação a direito consagrado pela Convenção, por Estado que dela seja parte, nos termos dos arts. 44 e 41.

Assim, qualquer pessoa tem o direito de peticionar à CIDH para noticiar a violação de direitos humanos por algum dos Estados-membros da CADH. A Comissão analisará o mérito da demanda e, caso entenda necessário, instaurará um procedimento contra o Estado ou, em último caso, processá-lo-á junto à Corte IDH (Mazzuoli, 2019, n. p.).

Além de receber as denúncias dos indivíduos ou entidades, a CIDH pode também instaurar de ofício procedimento para apurar eventual situação de desrespeito aos direitos humanos por qualquer um dos Estados-membros (Ramos, 2020, n. p.).

Ramos (2020, n. p.) aponta ainda que, nos casos em que o Estado é processado junto à Corte IDH, a CIDH atuará de maneira similar ao Ministério Público no Brasil, ou seja, como uma espécie de fiscal para assegurar a efetividade dos direitos garantidos na CADH. Nota-se como a Comissão tem papel fundamental dentro do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos, possuindo competência privativa para processar os Estados junto à Corte IDH.

Vale mencionar que a atuação da CIDH não é isenta de críticas, notadamente porque, muitas vezes, tem se mostrado em verdade um impedimento para que muitas causas cheguem à Corte IDH. Nesse sentido:

Há, portanto, um direcionamento, por parte da Comissão, dos casos que pretende deflagrar perante a Corte Interamericana. Daí as críticas que se têm atualmente destinado à atuação da Comissão, no sentido de saber a quem serve efetivamente o órgão. Casos individuais e pontuais cujo mérito não guarde ampla representatividade

têm, portanto, mínima ou quase nenhuma probabilidade de admissão perante a Comissão e de seguir à Corte para julgamento (Mazzuoli, 2019, n. p.).

Outro ponto digno de atenção é que caso a Comissão promova o arquivamento de uma denúncia, não há qualquer modalidade recursal ao alcance do denunciante (Ramos, 2020, n. p.).

Em suma, a CIDH é um órgão permanente que compõe a Organização dos Estados Americanos, podendo tanto exercer uma função consultiva à OEA quanto à promoção dos direitos humanos no continente, como também atuará na análise prévia de violações de direitos humanos pelos Estados-membros da CADH (mediante análise de denúncias ou de ofício). Finalmente, identificada um contexto de violação de direitos humanos, a Comissão IDH poderá instaurar procedimento interno contra o Estado ou ainda processá-lo na Corte IDH.

2.2.2 A Corte Interamericana de Direitos Humanos

O outro órgão que compõe o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos é a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) que, de acordo com Piovesan (2008), é o órgão jurisdicional do SIDH.

No mesmo sentido, Mazzuoli (2019, n. p.):

A Corte Interamericana de Direitos Humanos – que é o segundo órgão da Convenção Americana – é órgão jurisdicional do sistema interamericano que resolve sobre os casos de violação de direitos humanos perpetrados pelos Estados-partes da OEA e que tenham ratificado a Convenção Americana.

A Corte IDH não é um órgão que compõe a Organização dos Estados Americanos, mas faz parte unicamente da Convenção Americana de Direitos Humanos (Ramos, 2020). Consoante leciona Ramos (2020, n. p.), os Estados-membros da CADH não são obrigados a se submeterem à jurisdição da Corte IDH, tendo em vista que a sua adesão é facultativa, nos termos do artigo 62 da Convenção Americana de Direitos Humanos²³, podendo ocorrer de maneira geral ou apenas para algum caso específico.

²³ “Artigo 62 - 1. Todo Estado-parte pode, no momento do depósito do seu instrumento de ratificação desta Convenção ou de adesão a ela, ou em qualquer momento posterior, declarar que reconhece como obrigatória, de pleno direito e sem convenção especial, a competência da Corte em todos os casos relativos à interpretação ou aplicação desta Convenção. 2. A declaração pode ser feita incondicionalmente, ou sob condição de reciprocidade, por prazo determinado ou para casos específicos. Deverá ser apresentada ao Secretário Geral da Organização, que encaminhará cópias da mesma a outros Estados-membros da Organização e ao Secretário da Corte. 3. A Corte tem competência para conhecer de qualquer caso, relativo à interpretação e aplicação das disposições desta Convenção, que lhe seja submetido, desde que os Estados-partes no caso tenham reconhecido

Sobre o histórico e evolução da Corte IDH, Mazzuoli (2019, n. p.) pontua que:

Seu nascimento se deu em 1978, quando da entrada em vigor da Convenção Americana, mas o seu funcionamento somente ocorreu, de forma efetiva, em 1982, quando emitiu sua primeira opinião consultiva e, cinco anos mais tarde, sua primeira sentença.

A Corte IDH é composta por sete juízes, que são escolhidos mediante votação dos Estados-membros da Convenção Americana – que também são responsáveis por realizar uma lista de indicações – para mandatos de seis anos com a possibilidade uma única reeleição (Ramos, 2020, n. p.). Os requisitos para ser admitido como um juiz da Corte IDH são mais rígidos do que para ser membro da CIDH:

São requisitos para ser juiz da Corte: (i) ser jurista da mais alta autoridade moral; (ii) ter reconhecida competência em matéria de direitos humanos; (iii) reunir as condições requeridas para o exercício das mais elevadas funções judiciais de acordo com a lei do Estado do qual sejam nacionais, ou do Estado que os propuser como candidatos e (iv) ter a nacionalidade de um dos Estados da OEA (ou seja, mesmo nacionais de Estados que sequer ratificaram a CADH podem ser juízes da Corte) (Ramos, 2020, n. p.).

A jurisdição da Corte IDH pode ser contenciosa ou consultiva. Nessa senda, Buergenthal (2000, p. 460 *apud* Piovesan, 2008, p. 254-255) menciona:

A Convenção Americana investe a Corte Interamericana em duas atribuições distintas. Uma envolve o poder de adjudicar disputas relativas à denúncia de que um Estado-parte violou a Convenção. Ao realizar tal atribuição, a Corte exerce a chamada jurisdição contenciosa. A outra atribuição da Corte é a de interpretar a Convenção Americana e determinados tratados de direitos humanos, em procedimentos que não envolvem a adjudicação para fins específicos. Esta é a jurisdição consultiva da Corte Interamericana.

Frise-se que a jurisdição consultiva pode ser provocada por qualquer Estado-membro da OEA, mesmo que não seja signatário da CADH, podendo consultar a Corte solicitando um parecer a respeito da proteção dos direitos humanos no continente americano (Piovesan, 2008, p. 255).

Por seu turno, a jurisdição contenciosa tem como objetivo o “julgamento de casos concretos, quando se alega que um dos Estados-partes na Convenção violou algum de seus preceitos” (Mazzuoli, 2019, n. p.). E é neste caso que a jurisdição depende da adesão expressa do Estado que se pretende julgar.

No que tange à legitimidade ativa nos casos da jurisdição contenciosa, somente são legitimados a acionar a Corte os Estados que reconhecem a sua jurisdição e a Comissão

ou reconheçam a referida competência, seja por declaração especial, como prevêem os incisos anteriores, seja por convenção especial.”

Interamericana de Direitos Humanos, sendo vedado o ingresso direto das vítimas (Ramos, 2020, n. p.).

Comparando a Corte IDH com a Corte Europeia de Direitos Humanos, Mazzuoli (2019, n. p.) pontua:

Destaque-se que tanto os particulares quanto as instituições privadas estão impedidos de ingressar diretamente à Corte (art. 61), diferentemente do que ocorre no sistema da Corte Europeia de Direitos Humanos (depois da vigência do Protocolo n.º 11 à Convenção Europeia, em 1.º de novembro de 1998). No caso do sistema interamericano, será a Comissão – que, nesse caso, atua como instância preliminar à jurisdição da Corte – que submeterá o caso ao conhecimento da Corte, podendo também fazê-lo outro Estado pactuante, mas desde que o país acusado tenha anteriormente aceitado a jurisdição do tribunal para atuar em tal contexto. Frise-se que a Comissão (nos casos iniciados por particulares) não pode atuar como parte na demanda, uma vez que já atuou no caso quanto à admissibilidade deste; a Comissão atuará na qualidade de substituta processual, defendendo em nome próprio direitos de terceiros. Em suma, não há no sistema regional interamericano o *jus standi* (ingresso direto do indivíduo à Corte, como existe no sistema europeu desde novembro de 1998), senão apenas o *locus standi in judicio*, que permite a um indivíduo, via Comissão Interamericana, ter o seu pleito analisado pela Corte Interamericana caso a Comissão entenda por bem iniciar um procedimento judicial perante o tribunal interamericano.

Percebe-se, portanto, como a Corte IDH é restritiva no que tange à sua jurisdição contenciosa, muitas vezes impossibilitando que vários casos de violação de direitos humanos cheguem a ser julgados, o que é reforçado com a crítica já trazida acima sobre a filtragem feita pela CIDH.

Finalmente, sobre a exequibilidade das sentenças proferidas no contencioso da Corte IDH, merece destaque o disposto no art. 68, § 1º, da Convenção Americana de Direitos Humanos²⁴, segundo o qual as sentenças terão eficácia imediata na ordem jurídica interna dos Estados que se submeteram à jurisdição da Corte (Mazzuoli, 2019, n. p.).

Deste modo, a Corte IDH é um órgão vinculado à Convenção Americana de Direitos Humanos e não à OEA, com função jurisdicional dentro do SIDH e competência para atuar tanto de modo consultivo quanto contencioso, sendo que esta última atuação depende da adesão expressa do Estado-membro.

²⁴ “Artigo 68 - 1. Os Estados-partes na Convenção comprometem-se a cumprir a decisão da Corte em todo caso em que forem partes.”

2.3 A FORÇA NORMATIVA DA CADH, CONTROLE DE CONVENCIONALIDADE DE NORMAS E A NECESSIDADE DE DIÁLOGOS INTERJUDICIAIS

Compreendida a estrutura do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos, passa-se à análise da posição que a CADH possui dentro do ordenamento jurídico brasileiro e de que maneira o Poder Judiciário deve encarar as suas disposições.

Para tanto, deve-se considerar que a efetivação dos direitos humanos no plano regional acarreta a necessidade de atribuir eficácia normativa aos direitos explícita ou implicitamente previstos na CADH, bem como estabelecer mecanismos e instituições com o propósito de solucionar as situações de conflito do ordenamento jurídico do Estado nacional com as normas da Convenção.

Nessa linha, destaca-se a importância do reconhecimento da justiciabilidade do direito à saúde no âmbito da Corte IDH e a necessidade de diálogo entre as cortes nacionais e internacionais para sua proteção, como forma de conferir-lhe efetividade no plano interno brasileiro.

2.3.1 A força normativa da CADH e o controle de convencionalidade

Quando do estudo da teoria geral do direito, faz-se uma diferenciação basilar entre normas jurídicas e normas éticas ou sociais. Consoante leciona Montoro (1999, p. 305-306) a principal diferença entre a norma jurídica e a norma ética, é que a primeira é dotada de coercitividade pelo Estado. O autor conclui ainda que esta coercitividade não precisa ser efetiva, podendo existir apenas no plano potencial, desde que exista um mecanismo de se acionar aquele que descumpra a obrigação juridicamente imposta.

Aqui reside a importância de se estudar a força normativa que a Convenção Americana de Direitos Humanos tem no plano jurídico interno brasileiro, porquanto na ausência de uma definição clara sobre sua normatividade, os direitos humanos consagrados na Convenção teriam a mesma força de normas éticas.

Neste contexto, convém retomar brevemente o assunto abordado no capítulo anterior a respeito da posição dos tratados internacionais que o Brasil é signatário e que versem sobre direitos humanos.

Como já visto, entre as duas teorias sobre o tema, a do bloco de constitucionalidade amplo, para o qual todo e qualquer tratado internacional que verse sobre direitos humanos, tem hierarquia constitucional, e a restrita, segundo a qual apenas têm hierarquia constitucional

os tratados internacionais de direitos humanos que passem pelo rito do art. 5º, § 3º, da CF/88, a Suprema Corte brasileira tem adotado a segunda.

Desse modo, os tratados internacionais sobre direitos humanos que o Brasil é signatário e que não passaram pelo rito supracitado (como é o caso da Convenção Americana de Direitos Humanos), não compõem o chamado bloco de constitucionalidade e, portanto, não podem servir de parâmetro para um controle de constitucionalidade.

Por outro lado, o STF reconhece que estes tratados teriam um caráter supra legal, ou seja, estão acima das normas internas infraconstitucionais, mas abaixo das normas constitucionais. Neste contexto, de acordo com a posição do STF, a CADH possui caráter supra legal, mas não constitucional. Portanto, em caso de descumprimento das normas de direitos humanos nela previstas caberá o controle de convencionalidade, mas não de constitucionalidade.

De maneira mais ampliativa, Ramos (2009, p. 260) aponta que não só as disposições da Convenção Americana, como também as decisões da Corte IDH seriam dotadas de supra legalidade, de modo que seria possível o controle de convencionalidade em caso de descumprimento de uma decisão da Corte IDH.

A respeito do instituto do controle de convencionalidade, Guerra (2017, p. 6) leciona que:

Este instituto garante controle sobre a eficácia das legislações internacionais e permite dirimir conflitos entre direito interno e normas de direito internacional e poderá ser efetuado pela própria Corte Interamericana de Direitos Humanos ou pelos tribunais internos dos países que fazem parte de tal Convenção.

Assim como o controle de constitucionalidade tem como objetivo identificar eventual incompatibilidade da norma com o texto constitucional, o controle de convencionalidade busca identificar se há “incompatibilidade do sistema nacional com as convenções internacionais” (Marmelstein, 2014, p. 40).

Vale destacar que a inconvenção, assim como a inconstitucionalidade, pode se dar por ação ou por omissão. Assim, sempre que houver o descumprimento de um direito humano garantido pela Constituição dos Estados-parte da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, haverá uma inconvenção.

Salienta-se, ainda, a possibilidade da existência de um estado de coisas inconvenção. Do ponto de vista teórico, o estado de coisas inconvenção possui os mesmos pressupostos do estado de coisas inconstitucional, a única diferença é que no primeiro caso, a violação se refere a uma norma de direito internacional e não à Constituição.

Nesse sentido, haverá o estado de coisas inconveniente sempre que houver: (i) violação incomensurável de direitos humanos, (ii) omissão duradoura do Estado para com os compromissos assumidos em norma internacional e (iii) falha estrutural que atinja tanto a separação dos poderes quanto os entes da federação (Ferreira; Araújo, 2016, p. 69).

Deste modo, o controle de convencionalidade é um mecanismo destinado a conferir efetividade jurídica interna às normas de direitos humanos previstas nos tratados e convenções internacionais.

Outra questão a se analisar é o mecanismo de execução de sentença proferida pela Corte IDH no ordenamento jurídico brasileiro. É importante frisar que a sentença proferida pela Corte é uma sentença internacional e não uma sentença estrangeira, não havendo o que falar no processo de homologação pelo STJ previsto no artigo. 105, I, alínea “i”, da CF/88 (Mazzuoli, 2019, n. p.).

Atualmente, quando há uma sentença da Corte IDH que condena o Brasil em algum processo por descumprimento das normas interamericanas de direitos humanos, o processo de execução é instaurado pelo próprio Poder Público Federal, mediante decreto presidencial. A título de exemplo, tem-se o Decreto nº 6.185, de 13 de agosto de 2007 (Brasil, 2007), que autorizou a Secretaria Especial dos Direitos Humanos a dar integral cumprimento à sentença proferida pela Corte IDH em um caso específico.

Surge o questionamento para os casos em que houver a condenação do Brasil pela Corte IDH, mas o seu cumprimento não se der de ofício. Neste contexto, Mazzuoli (2019, n. p.) propõe que, nesses casos, caberá à vítima ou ao MPF ajuizar ação no âmbito da Justiça Federal para buscar o cumprimento da condenação, sendo que a União será a responsável direta pelo cumprimento da sentença, devendo ser resguardado o direito de ingressar, posteriormente, com ação regressiva contra os responsáveis pela violação.

A existência deste mecanismo seria de suma importância, uma vez que, conforme visto, a Corte é responsável por dar a palavra final sobre a correta interpretação acerca da Convenção Interamericana, de modo que fazer valer as suas sentenças internamente é essencial à efetividade dos direitos humanos no continente.

2.3.2 A necessidade de diálogos interjudiciais

Neste contexto, surge a necessidade dos diálogos interjudiciais, isto é, os órgãos jurisdicionais internos dos Estados signatários da CADH devem manter um diálogo com as

interpretações da Corte IDH, tendo em vista a sua obrigação convencional de fazer valer o SIDH.

Sobre os diálogos interjudiciais, Alvarado (2015, p. 92) pontua que:

Así mismo, el diálogo es resultado de la necesidad de implementar los estándares interamericanos con miras a asegurar un verdadero recurso efectivo a nivel nacional y, con ello, evitar la activación del mecanismo regional.

Nota-se, portanto, que adequar a jurisprudência das cortes nacionais à jurisprudência da Corte IIDH tem uma função dupla: dar ampla efetividade aos direitos humanos previstos na CADH e evitar que o país seja acionado no âmbito do SIDH.

Carvalho e Calixto (2019, p. 10-11) vão além, ao interpretar que os diálogos interjudiciais são uma obrigatoriedade dos Estados-partes da Convenção, em razão do disposto no artigo 2º da CADH:

Nesse ponto reside um dos aspectos mais importantes para a compreensão da obrigatoriedade do estabelecimento de diálogos interjudiciais no âmbito do SIDH. Isso porque, a partir do momento em que a norma prevista no art. 2º da CADH é interpretada no sentido de exigir que as cortes constitucionais nacionais formulem decisões de forma compatível com as decisões proferidas pela Corte IDH, estabelece-se, como condição necessária para que se assegure a observância a referido dispositivo convencional, que haja uma constante interação entre referidos tribunais. A omissão dos Poderes do Estado em promover a adaptação de seu ordenamento jurídico, de suas práticas e de suas decisões judiciais pode, inclusive, levar à responsabilização internacional de tal Estado.

Ramires e Gomes (2017, p. 312) apontam a existência, no âmbito do SIDH, da coisa julgada internacional e da coisa interpretada, sendo a primeira resultado de alguma condenação específica da Corte IDH, enquanto a segunda é fruto da competência interpretativa da Corte IDH, que detém autoridade para interpretar os direitos humanos e a CADH.

Neste contexto, fica evidente a necessidade de vinculação dos órgãos jurisdicionais internos do país às interpretações da Corte IDH, até mesmo pela obrigatoriedade constante na própria CADH em seu artigo 69²⁵, de modo que a simples inobservância das decisões da Corte IDH, por si só, configuraria um descumprimento da Convenção passível de responsabilização internacional (Ramires; Gomes, 2017, p. 313).

Nota-se, portanto, que é um caminho natural e esperado que as cortes internas promovam um constante diálogo com as decisões e interpretações da Corte Interamericana, de

²⁵ “Artigo 69 - A sentença da Corte deve ser notificada às partes no caso e transmitida aos Estados-partes na Convenção.”

modo a dar efetividade ao Sistema Interamericano e evitar futuras responsabilizações internacionais do Estado.

Além disso, deve-se considerar que a expressão diálogo veicula a compreensão de uma via de mão dupla, pois nada impede que a Corte IDH dialogue com as cortes nacionais Estados americanos, adotando em seus julgamentos as teorias e as soluções adotadas pelos tribunais nacionais para solucionar problemas internos, ainda que parcialmente ou apenas como inspiração, sempre que estes conferirem uma melhor proteção aos direitos humanos. Esse diálogo de mão dupla pode ser observado na própria teoria do controle de convencionalidade retro mencionada, que se originou a partir de uma inspiração nos modelos de controle de constitucionalidade, que inicialmente eram aplicados apenas dentro dos Estados Nacionais.

2.4 A JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE NA CORTE IDH

Por regra, a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos têm competência para analisar apenas os direitos que decorrem diretamente da Convenção Americana de Direitos Humanos e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matérias de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador).

Neste contexto, ainda que haja outros tratados posteriores à CADH versando sobre os direitos sociais, é de suma importância analisar a interpretação que a Corte IDH confere ao direito à saúde dentro do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

Em que pese haja uma notável dificuldade na efetivação dos direitos sociais, culturais e econômicos no âmbito do SIDH, a Corte IDH tem reconhecido a sua justiciabilidade direta, o que é um grande avanço (Mazzuoli, 2019, n. p.).

Com efeito, durante muitos anos a Corte IDH adotou a postura de não admitir a tutela autônoma dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, evitando tutelar de maneira autônoma o disposto no art. 26 da CADH.

Um marco importante a ser mencionado é o julgamento do Caso Instituto Reeducación del Menor vs. Paraguai, que tratou da situação de menores detidos no Instituto de Reeducação do Menor “Coronel Panchito López”, localizado em Itauguá, no Paraguai, que foram vítimas de torturas e maus tratos entre 1996 e 2001, dos quais nove vieram a óbito em decorrência de incêndios ou disparos efetuados por guardas armados (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2004).

O caso envolveu denúncias de graves violações de direitos humanos a menores em conflito com a lei causadas por superlotação, insalubridade e falta de infraestrutura adequada do estabelecimento, no qual os internos vivenciavam um contexto de violência física e psicológica, má alimentação, tortura e o inadequado atendimento de saúde. Dentre as violações de direitos humanos reconhecidas pela Corte IDH, destaca-se o reconhecimento de que o Estado do Paraguai falhou ao não fornecer supervisão médica regular e adequada aos menores internos, prejudicando assim o seu desenvolvimento normal.

Importante frisar, contudo, que a Corte IDH não reconheceu a violação do direito à saúde dos internos, mas sim do direito à vida e à integridade física, previstos nos artigos 4 e 5 da CADH, uma vez que ao privá-los de sua liberdade, o Estado deveria atuar como garantidor desses direitos, o que incluiria fornecer tratamento de saúde adequado.

Na sentença proferida em 02 de setembro de 2004, a Corte IDH reconheceu, ainda que de maneira relutante, o dever de todos os Estados signatários da Convenção Americana de promover os direitos sociais, nos quais se inclui direito humano à saúde, por força do compromisso assumido no art. 26 da CADH (Brufatto; Miele, 2021, p. 10). Os autores acrescentam:

Tendo se pautado por uma proteção integral da pessoa humana nesse verdadeiro *leading case*, pode-se afirmar que a corte começa a aplicar com rigor o art. 26 de sua convenção, eis que, apesar de solitário na proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais, visa à tutela efetiva dos desassistidos pela desigualdade. De outro modo (não poderia ser diferente), o sistema interamericano vem se conscientizando de seu atraso na positivação efetiva de direitos (...) (Brufatto; Miele, 2021, p. 10).

Por muito tempo, a jurisprudência da Corte continuou associando a tutela do direito à saúde à proteção do direito à vida e à integridade física. Nessa esteira, Bosa e Maas (2021, p. 266) pontuam:

Incorpora o olhar de que o direito à vida compõe não apenas uma dimensão negativa – o direito de não ser privado da vida discricionariamente –, mas uma dimensão positiva que reivindica do Estado ações positivas apropriadas para proteger à vida digna. Nessa senda, o direito à vida e à integridade física podem ser protegidas por meio e através das prestações positivas e negativas dos direitos sociais, uma vez que, a exemplo, esses direitos apenas são plenamente concretizados com a realização da proteção prestativa e defensiva do direito à saúde.

Assim, o direito à saúde era entendido como merecedor de proteção não como direito autônomo, mas como um desdobramento ou um aspecto do direito à vida e do direito à integridade física.

Nesse sentido:

Com o observado a respeito das características das normas de *jus cogens*, podemos primeiramente verificar se o tratamento dado pela Comissão Interamericana da Corte demonstra uma aplicação de uma norma de *jus cogens*. Sendo auxiliados pela pesquisa de Edilene Mendonça Bernardes e Carla Aparecida Arena Ventura, nota-se que a comissão, à medida dos possíveis instrumentos, protege de violações os direitos previstos nos artigos 1, 4, 5, 8, 19, 25 e 26 da Convenção Americana, pautando-se essencialmente pelo direito à vida na sua faceta do direito à saúde. (Brufatto; Miele, 2021, p. 10)

Este foi o entendimento firmado pela Corte IDH no julgamento do *Caso Albán Cornejo e outros versus Equador*, envolvendo o caso da jovem Laura Susana Albán Cornejo, de 20 anos de idade, que deu entrada em um estabelecimento hospitalar privado com um quadro de meningite e veio a óbito em 18 de dezembro de 1987 por negligência médica. A Corte fez constar o seguinte na sentença proferida em 22 de novembro de 2007:

La protección de la salud no constituye, por ahora, un derecho inmediatamente justiciable, al amparo del Protocolo de San Salvador. Empero, es posible – y debido – examinar el tema, como lo ha hecho la Corte en el presente caso, desde la perspectiva de la preservación de los derechos a la vida y a la integridad, e incluso desde el ángulo del acceso a la justicia cuando la vulneración de aquellos bienes jurídicos – entraña de los correspondientes derechos – traiga consigo una reclamación de justicia (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2007, p. 48).

Porém, não obstante a mencionada limitação à justiciabilidade direta dos direitos sociais decorrente da ausência de meios de proteção específicos no Protocolo de San Salvador, a partir de 2018 com o precedente “Poblete Vilches e outros vs. Chile” a Corte passou a atuar na tutela e promoção dessa classe de direitos, fundando-se na integralidade de todos os direitos, bem como na interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos.

O caso refere-se ao óbito do idoso Vinicio Antonio Poblete Vilches, que foi internado, em duas oportunidades, no hospital público Sótero del Río, onde acabou falecendo em 07 de fevereiro de 2001. A sentença prolatada em 08 de março de 2018 afirma expressamente o seguinte:

Esta Corte ha sostenido que el Estado debe implementar medidas positivas para protegerla vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud y asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias para su ejercicio afín de proteger la vida de sus pacientes. [...] En este sentido, la Corte ha sostenido que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación (supra párr. 124). Por tanto, esta Corte ha señalado que, a los efectos de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y en el marco dela salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestaciónde servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal em dichas prestaciones (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 48-50)

A partir daí, em seus julgados mais recentes, a Corte IDH tem interpretado que os direitos sociais, incluindo o direito à saúde, possuem justiciabilidade direta, em razão da conjugação dos artigos 26 e 29 da Convenção Americana²⁶.

Nota-se, neste contexto, a

indivisibilidade dos direitos humanos, colocando o direito à saúde no mesmo nível de proteção de todas as demais classes de direitos. Portanto, a atividade contemporânea da Corte IDH se caracteriza por um caráter transformador, delineando um sentido protecionista do direito à saúde por meio de um mecanismo de interpretação normativa amplo, onde da justiciabilidade a tal direito com fundamento nos artigos 1.1 (garantir e respeitar direitos), 26 (remissão a Carta da Organização dos Estados Americanos (Carta da OEA)) e 29 (proibição na limitação interpretativa de direitos), ambos da CADH; nas previsões normativas internas de cada Estado; assim como em todo o aparato do corpus iuris internacional do direito à saúde aplicado ao caso concreto (Bosa; Maas, 2021, p. 274).

O artigo 29 da CADH, que veda aos Estados a interpretação restritiva dos direitos nela consagrados, incluem, naturalmente, os direitos econômicos, sociais e culturais previstos no artigo 26, o que tornaria obrigatória sua interpretação ampliativa (Maas; Daroit, 2019, p. 22-23).

O reconhecimento da justiciabilidade direta do direito humano à saúde no SIDH mostra-se, portanto, um grande avanço à proteção dos direitos sociais, na medida em que viabiliza um mecanismo jurisdicional para pressionar os Estados signatários da CADH a efetivar o direito à saúde internamente, sob pena de sanções no âmbito do SIDH.

²⁶ “Artigo 29 - Normas de interpretação Nenhuma disposição da presente Convenção pode ser interpretada no sentido de: a) permitir a qualquer dos Estados-partes, grupo ou indivíduo, suprimir o gozo e o exercício dos direitos e liberdades reconhecidos na Convenção ou limitá-los em maior medida do que a nela prevista; b) limitar o gozo e exercício de qualquer direito ou liberdade que possam ser reconhecidos em virtude de leis de qualquer dos Estados-partes ou em virtude de Convenções em que seja parte um dos referidos Estados; c) excluir outros direitos e garantias que são inerentes ao ser humano ou que decorrem da forma democrática representativa de governo; d) excluir ou limitar o efeito que possam produzir a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e outros atos internacionais da mesma natureza.”

3 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COMO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS EM REGIÕES TRANSFRONTEIRIÇAS

A partir do término da Segunda Guerra Mundial, percebe-se um contexto de avanço do direito internacional e dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, com o enfraquecimento do Estado Nacional, ante a sua sujeição às normas do direito internacional.

Além disso, percebe-se uma crescente interdependência dos Estados na busca pela consecução da dignidade da pessoa humana e da paz, surgindo uma constante necessidade de formas de cooperação internacional.

Neste contexto, surge uma crescente necessidade de cooperação interestatal, uma vez que os Estados isoladamente encontram dificuldades para atender a algumas peculiaridades da proteção internacional dos direitos humanos.

Assim, este capítulo pretende estudar este processo de enfraquecimento do Estado Nacional, a crescente influência do direito internacional no âmbito das relações intra e interestatais e ascensão da cooperação internacional como forma de efetivação dos direitos humanos nas regiões transfronteiriças.

3.1 A REVISÃO DO CONCEITO DE SOBERANIA ESTATAL, PLURALISMO JURÍDICO E A SUPERAÇÃO DO ESTADO NACIONAL COMO ÚNICA FONTE DE NORMAS JURÍDICAS

O enfraquecimento do Estado Nacional é um processo que vem acontecendo há anos, principalmente com o avanço do direito internacional dos direitos humanos em um mundo globalizado. Ele decorre do fato de que os grandes desafios enfrentados pelos Estados nacionais no contexto da globalização, como aqueles relacionados com os conflitos militares, mudanças climáticas, crises econômicas e sociais e os movimentos migratórios afetam uma multiplicidade de Estados e exigem necessariamente a cooperação internacional para serem solucionados.

Assim, a ascensão dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos e a busca da superação do antigo conceito de soberania estatal é fruto mais de uma imposição da realidade do que de uma formulação teórica, caracterizando-se esta última como uma resposta às prementes necessidades atuais.

3.1.1 A necessidade de revisão do conceito de soberania estatal diante do sistema global

Por muito tempo, o conceito de Estado esteve diretamente subordinado ao conceito de soberania. O pensamento que imperava era o de que um Estado era soberano, isto é, sua autoridade não se limitava a nenhum poder interno ou externo (Maluf, 1995, p. 27).

Matias (2015, n. p.) citando a doutrina hegeliana, influenciada pelo pensamento kantiano, define a soberania como um conjunto de três fatores que compõem o Estado e associados à ideia da tripartição dos poderes: “como legislador, o Estado é irrepreensível em suas leis; como executor, irresistível em seus mandados; e como julgador, inapelável em suas sentenças”.

Contudo, a aceção de uma soberania estatal absoluta já não é mais cabível, ante a constante evolução do direito internacional, cada vez mais próximo de um sistema global de proteção dos direitos humanos.

Nesse sentido:

A crescente complexidade da sociedade moderna, diante da configuração de um ordenamento jurídico supra-estatal, do processo de globalização e a consequente ampliação das redes de comunicação e deslegitimação da normatividade jurídica, evidenciou o desgaste e a crise do conceito clássico de soberania como poder supremo que não reconhece outro acima de si [...] (Silva, 2007, p. 29).

Em razão desta ideia ultrapassada, a soberania passou a ser um “conceito, ao mesmo tempo político e jurídico, em que confluem todos os problemas e contradições da teoria positivista do Direito e do Estado Constitucional Moderno” (Ferrajoli, 1999, p. 125).

Nessa senda, Matias (2015, n. p.) afirma que “com o tempo, a ideia de uma soberania absoluta e ilimitada perdeu força em favor da noção de uma soberania relativa, ou seja, de uma soberania estatal limitada pelo direito internacional”.

Sobre o impasse vivenciado neste contexto, Held (1991, p. 152-160) leciona que:

A teoria moderna do Estado soberano supõe a ideia de uma “comunidade nacional de destino”: uma comunidade que se governa a si própria e determina seu próprio futuro. Essa ideia é questionada fundamentalmente pela natureza do padrão de interconexões globais e pelas questões que devem ser enfrentadas pelo Estado moderno. [...] Na perspectiva da globalização, o Estado liberal democrático é com frequência caracterizado como um Estado capturado na teia da interconexão global, permeado por forças supranacionais, intergovernamentais e transnacionais e incapaz de determinar seu próprio destino.

Portanto, com a ascensão do direito internacional, surge uma crise no Estado soberano, que passa a ver suas ações questionadas no âmbito global. Há de se questionar,

nesse contexto, se a soberania ainda existe, já que a autoridade estatal se torna passível de questionamento e enfrentamento por outros agentes de poder.

Contudo, conforme aponta Matias (2015, n. p.), o conceito de soberania sempre se mostrou mutável ao longo da história: no início, no Estado Absoluto, a soberania confundia-se com a vontade do monarca (ou soberano), no Estado Liberal passou a representar um atributo do Estado como nação e, mais recentemente, ao próprio povo. Nesta última análise, percebe-se que o povo passa a ter papel fundamental para o entendimento do conceito de soberania. O povo passa, portanto, a ser titular do poder e da soberania, que é representado pelo Estado, o qual deve, acima de tudo, respeitar os direitos humanos.

Sobre o tema, importante mencionar que não se deve analisar os direitos humanos como direitos que decorrem do Estado, mas sim identificar os limites que devem ser impostos aos Estados em razão da própria humanidade (Piovesan, 2014, p. 36).

Concluindo o tema, a autora arremata:

Fortalece-se a ideia de que a proteção dos direitos humanos não deve reduzir-se ao domínio reservado do Estado, porque revela tema de legítimo interesse internacional. Por sua vez, essa concepção inovadora aponta a duas importantes consequências: 1ª) a revisão da noção tradicional de soberania absoluta do Estado, que passa a sofrer um processo de relativização, na medida em que são admitidas intervenções no plano nacional em prol da proteção dos direitos humanos — isto é, transita-se de uma concepção “hobbesiana” de soberania, centrada no Estado, para uma concepção “kantiana” de soberania, centrada na cidadania universal 15 ; e 2ª) a cristalização da ideia de que o indivíduo deve ter direitos protegidos na esfera internacional, na condição de sujeito de direitos (Piovesan, 2014, p. 36).

Nota-se, portanto, que o conceito de soberania deixa de ser aquele ultrapassado, em que o Estado seria livre para fazer o que bem entendesse, sem nenhuma interferência externa. A partir do reconhecimento de um sistema internacional de proteção aos direitos humanos, estes passam a ser o fundamento e o limite da atuação estatal.

Piovesan (2014, p. 36) aponta que, neste novo cenário, a forma que o Estado age com seus nacionais deixa de ser apenas um problema interno, passando a ser de interesse do direito internacional. E será perante as entidades do direito internacional que o Estado deverá prestar contas sempre que descumprir os padrões universais de proteção aos direitos humanos.

Assim, a própria efetivação dos direitos humanos pressupõe a superação do paradigma da soberania dos Estados, o que pode ser observado atualmente nos Estados que adotam cartas constitucionais que instituem um Estado Democrático de Direito, em que os poderes devem se sujeitar à lei e às normas do direito internacional (Ferrajoli, 2002, p. 3).

Importante assinalar ainda:

Nessa vertente, a partir da superação do conceito de soberania, estatal e popular, emergiria um novo vértice agora preenchido pela supremacia dos direitos humanos. Com efeito, torna-se premente a necessidade de efetivação desses direitos nos níveis nacional e supranacional. Assumem, pois, papel de destaque os tribunais internacionais de proteção aos direitos humanos a exemplo da Corte Internacional de Justiça e a Corte Interamericana de Direitos Humanos destinados a julgar os casos que envolvam eventuais violações de direitos humanos praticados por Estados-Membros e, assim, responsabilizá-los quando comprovada a sua conduta contrária aos tratados e convenções de que são signatários (Silva, 2007, p. 45).

Diante deste contexto de alterações da realidade fática, faz-se necessário abandonar a visão clássica e estadocêntrica do Direito Internacional, sendo necessário acompanhar a peculiaridade transfronteiriça dos problemas para efetivação dos direitos humanos.

3.1.2 A superação do Estado Nacional como única fonte de normas jurídicas

Neste contexto de perda do protagonismo geral do Estado Nacional e ascensão do direito internacional, é natural que aquele deixe de ser o único agente responsável por produzir normas jurídicas. Como já exposto, na doutrina de Ferrajoli (2002, p. 3) assume especial relevo a permeabilidade e sujeição dos Estados ao direito internacional.

A doutrina consente majoritariamente que as fontes do direito internacional são os tratados internacionais, o costume internacional, os princípios gerais do direito, as decisões dos tribunais internacionais e a doutrina, conforme previsão do artigo 38 do Estatuto da Corte Internacional de Justiça (Diz; Jaeger Júnior, 2015, p. 147). Essas fontes, portanto, passam a coexistir e influenciar o direito interno dos Estados na atual conjuntura global.

Consoante leciona Costa (2017, p. 47), a grande maioria das relações jurídicas têm sido levadas à discussão no âmbito internacional e, conseqüentemente, há a produção de normas, relatórios e decisões internacionais sobre os mais diversos e relevantes temas.

Em razão disso, a autora conclui que “o direito interno não mais se mostra suficiente para regular as dinâmicas da vida em sociedade, fazendo surgir novos níveis de disciplinamento e de proteção da dignidade humana” (Costa, 2017, p. 47).

Surge então uma verdadeira permeabilidade recíproca entre o direito interno dos Estados e o direito internacional: os vários sistemas jurídicos não só coexistem, como também interagem entre si (Costa, 2017, p. 47).

Sobre este processo no continente americano, tem-se que:

Vários estados americanos, como o Brasil, vêm abrindo espaço em sua ordem jurídica para o Direito Internacional, ratificando e internalizando tratados internacionais de temas diversos e de sistemas distintos (global e regional), vem

reconhecendo a jurisdição das cortes internacionais e aderido a muitas das tratativas que despontam internacionalmente (Costa, 2017, p. 48).

Em verdade, a própria Constituição Federal Brasileira, em seu já citado parágrafo 2º do artigo 5º (Brasil, 1988), positivou esta possibilidade de permeabilidade e coexistência das normas internacionais de proteção aos direitos humanos, optando por conferir proteção constitucional a todos direitos humanos que sejam reconhecidos por instrumentos normativos internacionais.

É importante destacar que neste contexto de pluralidade de instrumentos normativos e de origem heterogênea, chega-se ao seguinte problema: “desse processo de interação entre direito interno e direito internacional podem surgir harmonia ou dissenso, devendo a doutrina buscar saídas para ambas as situações” (Costa, 2017, p. 50).

A doutrina divide-se, basicamente, entre dois grupos teóricos para os casos em que há conflito entre as normas internas de um Estado e as disposições internacionais de proteção aos direitos humanos: para o primeiro grupo, deve prevalecer aquela que for mais favorável à pessoa e, para o segundo, deve prevalecer aquela melhor realize a proteção dos direitos humanos (*effet utile*).

Percebe-se que há uma diferença, ainda que sutil, entre os dois entendimentos. Enquanto para o primeiro grupo deve prevalecer os interesses da pessoa diretamente envolvida, para o segundo grupo, deve-se analisar qual norma melhor promoverá os direitos humanos de maneira ampla. A esta aplicação da norma mais favorável ao indivíduo, a doutrina costuma chamar de “princípio internacional *pro homine*”, conforme leciona Mazzuoli (2008, p. 220).

A primeira posição parece mais adequada, quando analisada à luz da teoria geral dos direitos humanos, principalmente pelos princípios da indivisibilidade e universalidade, uma vez que os direitos humanos devem ser interpretados como um todo indivisível, optar pela aplicação da norma que prioriza a proteção de um indivíduo seria o mesmo que hierarquizar os direitos humanos de primeira geração como superiores aos demais direitos humanos.

Nesse contexto, a lição de Trindade (2008, p. XXXV):

Como decorre de disposições expressas dos próprios tratados de direitos humanos, e da abertura do direito constitucional contemporâneo aos direitos internacionalmente consagrados, não mais cabe insistir na primazia das normas de direito internacional ou do direito interno, porquanto o primado é sempre da norma – de origem internacional ou interna – que melhor proteja os direitos humanos.

Portanto, neste contexto, os órgãos internacionais passam a produzir fontes jurídicas que possuem força normativa também dentro dos Estados Nacionais, de modo que estes

últimos passam a ter o dever de fazer valer dentro de seus territórios as normas e sentenças proferidas no âmbito internacional, reforçando a ideia supracitada da necessidade de diálogos interjudiciais.

A respeito dessa obrigatoriedade de cumprimento das normas produzidas internamente e externamente, Costa (2017, p. 51) pontua:

No Brasil, atualmente, um direito para ser respeitado deve passar por esse duplo controle, ou seja, “todo ato interno (não importa a natureza ou origem) deve obediência aos dois crivos. Caso não supere um deles (por violar direitos humanos), deve o Estado envidar todos os esforços para cessar a conduta ilícita e reparar os danos causados”. (Ramos, 2006, p 129) Ou seja, um ato ou uma norma praticada no Brasil deve atender às premissas constitucionais e, ao mesmo tempo, aos instrumentos internacionais.

Analizando essa influência que as cortes internacionais exercem no âmbito interno dos Estados, tem-se o emblemático Caso Ximenes Lopes, sobre o qual Santos (2011, p. 63-64) afirma:

Ficaram evidentes essas influências no Caso Ximenes Lopes, pois a ação civil de indenização proposta pelos familiares de Damião Ximenes em face dos responsáveis pelas condutas violadoras de seus direitos humanos sentiu reflexos do que foi decidido na Corte Interamericana de Direitos Humanos. A sentença prolatada no primeiro grau demonstra os reflexos de forma tênue, porém eles são mais acentuados no acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Isso vale também para a ação penal, que percebeu essas influências se não no mérito da lide, certamente na prioridade de tramitação que foi solicitada pelos órgãos federais ao Poder Judiciário estadual, em face da urgência no cumprimento do ponto resolutivo que determinava a apuração da responsabilidade pelas violações de direitos humanos da vítima. Essas influências demonstram a permeabilidade do ordenamento jurídico interno à decisão internacional, uma vez que foram utilizados fundamentos e conclusões apresentados pela Corte Interamericana para fundamentar decisões internas. Evidenciou-se o sucesso dos esforços empreendidos pelos órgãos federais envolvidos no cumprimento da decisão, com o engajamento do Judiciário do Estado do Ceará nesse objetivo.

Nota-se que com a ascensão do direito internacional e dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, o Estado Nacional deixa de ser o único protagonista na edição de normas, passando até mesmo a ter que sujeitar os seus atos internos às disposições internacionais, ressignificando totalmente a ideia de soberania estatal.

3.2 A POSSIBILIDADE DE RECONHECIMENTO DE UMA CIDADANIA REGIONAL AMERICANA: DA EVOLUÇÃO E AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CIDADANIA AO RECONHECIMENTO DE UMA CIDADANIA REGIONAL AMERICANA

A partir deste cenário da intensificação da busca pela efetivação dos direitos humanos e da crescente influência das normas de direito internacional nos rumos das políticas

públicas, bem como considerando o sistema regional americano de proteção aos direitos humanos, surge a possibilidade de reconhecimento de uma cidadania regional americana, com base nos tratados regionais sobre direitos humanos, com a finalidade de garantir máxima efetividade destes direitos.

É possível refletir o conceito de cidadania a partir da análise da evolução histórica dos direitos humanos, na medida em que tal conceito sempre se relaciona com a ideia de proteção da pessoa humana nas suas diversas dimensões dentro daquele contexto histórico. Inicialmente, tem-se o período do Estado Absoluto, em meados do século XVI, em que o conceito de cidadania partia da análise da relação entre o soberano e súdito: o cidadão daquela época era o sujeito que possuía direitos próprios legalmente protegidos perante o soberano (Mezzaroba; Silveira, 2018, p. 279-280).

Mezzaroba e Silveira (2018, p. 279-280) ponderam ainda que naquela época o critério utilizado para definir se um sujeito era ou não cidadão era se ele era consanguíneo ou não de outro cidadão, além disso mulheres, escravos, estrangeiros e crianças estavam sempre excluídos deste conceito.

O Estado Liberal, fruto das revoluções burguesas (cujo expoente de maior expressão foi a Revolução Francesa) tentou romper as amarras do Estado Absoluto, desvinculando a ideia de cidadania do antigo soberano, de tal modo que a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1798 chega a proclamar que todos os homens nascem e são livres e iguais em direitos (Mezzaroba; Silveira, 2018, p. 280).

Entretanto, embora o Estado Liberal reconhecesse a igualdade formal, estabelecida na lei, e que determinava o reconhecimento geral de direitos, em verdade este modelo estatal entrou em uma grande contradição e crise ao estabelecer, por exemplo, o voto censitário e a limitação do exercício da cidadania pelas mulheres (Mezzaroba; Silveira, 2018, p. 281).

Passado mais um período, após a Primeira Guerra, com a ascensão do socialismo marxista e com o reconhecimento dos direitos sociais, Marshall (1967, *apud* Mezzaroba; Silveira, 2018, p. 281) passa a reconhecer uma nova acepção de cidadania, agora atrelada a todos os direitos inerentes aos seres humanos: os direitos civis, políticos e sociais. Com isso, passa-se a enxergar a cidadania como a possibilidade de pleitear os seus direitos fundamentais, inclusive os direitos humanos de segunda geração, cujo objetivo central é a concretização das necessidades humanas primárias.

Ocorre que o atual paradigma proposto, conforme já exposto, é o de abertura do Estado Nacional para os sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, que visa

proteger todos os indivíduos de eventuais abusos estatais. Nesse sentido, pode-se reconhecer uma ampliação do conceito de cidadania, no dizer de Arendt (*apud* Lafer, 2018, p. 146-166):

A cidadania é um direito a ter direitos, pois a igualdade em dignidade e direitos humanos não é um dado. É um construído na convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público. É este acesso que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos.

A partir deste conceito, seria possível aos indivíduos exercerem cidadanias múltiplas ou multilaterais, com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana e estruturada por meio da cooperação internacional no âmbito regional e universal (Mezzaroba; Silveira, 2018, p. 288). Isto implica reconhecer que todos os Estados dentro de um sistema internacional de proteção aos direitos humanos seriam mútua e solidariamente responsáveis pela efetivação dos direitos humanos de todos os indivíduos ligados.

Deste modo, tem-se que o conceito de cidadania evoluiu durante a história, podendo ser associado, em cada momento, à evolução dos direitos humanos. Em um último momento histórico vivenciado atualmente, chegou-se a um conceito amplo de cidadania, que pode ser reconhecida como “direito a ter direitos”.

Além disso, a cidadania passa a ser ressignificada em razão da existência de um sistema global e da proteção internacional dos direitos humanos. Em razão disso, “alguns autores consideram que o Estado está perdendo o controle de suas fronteiras e que estaria surgindo uma espécie de cidadania pós-nacional ou transnacional” (Reis, 2004, p. 157).

Tendo em vista esta nova concepção e ampliação do conceito de cidadania, em razão da emergência dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, surge a possibilidade do reconhecimento de uma cidadania regional americana, pautada no princípio de dar máxima efetividade em matéria de direitos humanos aos indivíduos que residentes nos Estados americanos.

A ideia de uma cidadania regional nada mais é do que a ressignificação do conceito de cidadania, em face de uma nova compreensão do papel do próprio Estado no contexto da globalização e relações transfronteiriças (Borges; Brasil, 2019, p. 151-152). A cidadania regional é, portanto, a consequência lógico-jurídica de um sistema regional de proteção dos direitos humanos no continente americano.

A respeito desse novo arranjo de convivência entre o Estado Nacional e a ascensão do direito internacional dos direitos humanos, Borges e Brasil (2019, p. 154) pontuam que:

Cumprir observar, ainda, que não se pode incorrer no erro de acreditar que a lógica da globalização (e do transnacionalismo) suplantou e superou por completo a lógica nacional. As duas lógicas convivem. Mas há uma tendência de crescimento do

fenômeno do transnacionalismo, o que impõe o desafio aos ordenamentos nacionais e, por consequência, aos processos de integração, que se instrumentalizam como um dos possíveis rearranjos para lidar com tal realidade complexa.

O reconhecimento de uma cidadania regional decorre diretamente do processo de universalização dos direitos humanos e de sua positivação no âmbito do direito internacional, uma vez que os indivíduos passam a ser sujeitos de direito dentro de um sistema internacional de proteção de direitos humanos (Santin; Marcante, 2012, p. 159). Neste contexto, “a realização plena, e não apenas parcial dos direitos da cidadania, envolve o exercício efetivo e amplo dos direitos humanos, nacional e internacionalmente assegurados” (Piovesan, 2009, p. 41).

Nota-se assim, um dever geral de todos os Estados partes da Convenção Americana de Direitos Humanos para com a efetivação dos direitos humanos dentro do continente americano. Retomando a ideia de supremacia dos direitos humanos defendida por Ferrajoli (2002, p. 3), tem-se que o sistema interamericano pretende, acima de tudo, garantir a efetivação dos direitos humanos dentro do continente americano, de modo que o reconhecimento de uma cidadania regional é um dos primeiros passos a serem adotados.

3.3 O PARADIGMA DO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO

Tendo em vista o alcance e os desdobramentos globais dos direitos humanos, exige-se a cooperação internacional como instrumento indispensável para a solução dos problemas internacionais, como uma resposta à necessidade internacional de políticas de paz (Häberle, 2007, p. 4).

Os desafios daí decorrentes envolvem não raro demandas sociais:

O que se observa na atualidade como característica comum é o fato de não haver limites territoriais para as demandas sociais, principalmente de caráter difuso, ou seja, os problemas atuais, não somente são observados dentro de um território, mas se comunicam com outros territórios, ultrapassando as fronteiras e repercutindo para fora dos seus limites. (Campello, 2013, p. 369)

A ideia do Estado Constitucional Cooperativo foi construída por Häberle (2007, p. 4), como modelo estatal que possui íntima relação com o Direito Internacional, baseando-se nos princípios de cooperação, responsabilidade internacional e solidariedade.

Sobre as características deste modelo de Estado, é possível destacar a sua permeabilidade, de modo que se abriria para as relações internacionais, deixando que estas influenciem as suas estruturas e instituições internas; a efetivação internacional conjunta entre os Estados tanto no âmbito processual quanto material; e, por fim, a solidariedade entre os

Estados principalmente no que tange à efetivação dos direitos humanos (Häberle, 2007, p. 70).

É importante destacar que o Estado Constitucional Cooperativo não se propõe a ser uma federação mundial, com um governo central globalizado. Nessa senda, embora o Estado Constitucional Cooperativo possua algumas estruturas próprias do Estado Nacional, como processos, competências e tarefas, “tais analogias devem ser cuidadosamente consideradas em face do caráter utópico de um "Estado Federal mundial" (Häberle, 2007, p. 9).

Portanto, o autor adverte que não basta replicar o modelo já existente de Estado nacional em um âmbito mundial, anulando os Estados nacionais. Pelo contrário, o Estado Constitucional Cooperativo “toma para si as estruturas constitucionais do direito internacional comunitário sem perder ou deixar esvaír, completamente, seus próprios contornos” (Häberle, 2007, p. 9).

Corroborando essas palavras, Maliska (2007, p. 7020) anota que:

O Estado Constitucional Cooperativo não deixa de ser um Estado Nacional, mas ele agrega a essa estrutura elementos de abertura, cooperação e integração que descaracterizam o Estado Nacional como uma unidade fechada, centrada na soberania nacional.

Em razão disso, que Häberle (2007, p. 71) conclui que:

O Estado Constitucional Cooperativo se coloca no lugar do Estado constitucional nacional. Ele é a resposta jurídico-constitucional à mudança do Direito Internacional de direito de coexistência para o direito de cooperação na comunidade (não mais sociedade) de Estados, cada vez mais imbricada e constituída, e desenvolve com ela e nela o “direito comum de cooperação”.

Contudo, é demasiadamente difícil estabelecer a obrigatoriedade de cooperação e solidariedade entre os Estados para o fim de se efetivar os direitos fundamentais, principalmente porque muito se questiona sobre a força vinculativa desses deveres. Além disso, há a dificuldade de se responsabilizar internacionalmente os Estados no contexto da globalização em que existem diversos atores estatais e não estatais agindo simultaneamente com uma diversidade de jurisdições (Biscola; Campello; Silveira, 2022, p. 36).

Tendo em vista todas estas dificuldades, Häberle (2007, p. 70) afirma que o Estado Constitucional Cooperativo se encontra em construção, não sendo completamente alcançado ainda. Isso não impede, contudo, a aplicação de seus postulados como estratégia para proteção dos direitos humanos, notadamente aqueles cuja violação ostenta nítida vocação para a transnacionalidade.

Häberle (2007, p. 14) aponta como o primeiro requisito fundamental para que o Estado Constitucional Cooperativo exista juridicamente é o reconhecimento geral sobre a abertura do Estado ao mundo, bem aos deveres de solidariedade e cooperação internacional.

Tal fenômeno pode ser observado no sistema constitucional brasileiro. Com efeito, a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988) prevê em seu artigo 4º, inciso IX, a “cooperação entre os povos para o progresso da humanidade” como um dos princípios que regem as relações internacionais da República Federativa do Brasil.

Nesse sentido:

No Brasil, o artigo 4º da Constituição de 1988, estabelece, ao lado do primado pelos Direitos Humanos, entre outros, a norma da cooperação dos povos para o progresso da humanidade, como princípio orientador das relações internacionais. (Campello, 2013, p. 371)

Além disso, os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º da constituição brasileira prevêem a possibilidade de inclusão dos tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário no chamado “bloco de constitucionalidade.

Além da permeabilidade no ordenamento jurídico interno pelos documentos de Direito Internacional, pode-se destacar, ainda, a cooperação direta entre os Estados com a finalidade de se efetivar o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, o que consistiria em “formas especiais e graduais cooperação”, conforme citado por Häberle (2007, p. 14).

Campello (2013, p. 372) aponta como forma de cooperação direta entre os Estados os consórcios internacionais, como o *International Arid Lands Consortium*, por meio do qual Estados com áreas desérticas compartilham seus conhecimentos e técnicas, bem como realizam ações conjuntas; como exemplo mais próximo da realidade brasileira tem-se o Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre Brasil e Portugal, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico, social e cultural dos Estados.

Todos estes mecanismos estão alinhados com a ideia de um Estado Constitucional Cooperativo. Além disso, considerando o caráter transfronteiriço, poder-se-ia propor que a permeabilidade do Estado Constitucional Cooperativo abranja mais do que apenas as normas de direito internacional; mas também as normas internas dos demais Estados envolvidos.

Melhor exemplificando: no caso de coexistência de normas internacionais de proteção aos direitos humanos e de várias normas dos Estados envolvidos, adotar-se-á aquela que se apresentar mais apta à efetiva proteção humanitária ou, até mesmo, a conjugação de diferentes normas para obter a máxima proteção aos direitos humanos.

Em um primeiro momento, esta proposta pode parecer inusitada, todavia, é corroborada pelo pensamento de Häberle (2007, p. 15), que afirma que “intensidade e grau, matérias, processos e instrumentos de cooperação ocupam uma considerável amplitude de variação”.

Como é possível perceber, a partir das delimitações teóricas do Estado Constitucional Cooperativo, é possível aperfeiçoar a proteção aos direitos humanos. Deste modo, apesar de ser um modelo ainda em construção, passa a ser uma alternativa para a proteção e, conseqüentemente, para a efetivação do humano à saúde no atual contexto de interdependência destes direitos e de seu caráter transfronteiriço.

3.4 O ATENDIMENTO DE SAÚDE PÚBLICO E GRATUITO AO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL SOB O PRISMA DOS DIREITOS HUMANOS E DO ESTADO CONSTITUCIONAL COOPERATIVO

Para alcançar os objetivos que este trabalho se propõe, far-se-á, uma abordagem da problemática envolvendo o atendimento dos estrangeiros não residentes no Brasil à luz dos direitos humanos e da necessidade de cooperação internacional para sua efetivação.

A presente seção dedica-se a identificar os fundamentos jurídicos que embasam a obrigatoriedade de o Estado brasileiro atender de maneira universal e gratuita os estrangeiros que apresentem demandas de saúde dentro do território nacional, sob o prisma dos direitos humanos.

De maneira subsequente, analisar-se-á de que maneira o Estado constitucional cooperativo, respaldado na cooperação e na solidariedade internacional, poderia contribuir para a garantia do direito humano à saúde dos estrangeiros.

3.4.1 O alcance do direito à saúde aos estrangeiros não residentes no Brasil sob o prisma dos direitos humanos

É importante destacar que, em razão do *caput* do art. 5º da CF/88²⁷ (Brasil, 1988) prever que seriam titulares dos direitos e garantias fundamentais os brasileiros e estrangeiros residentes no país, surgiu a controvérsia se os estrangeiros que estivessem apenas

²⁷ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]”

momentaneamente no Brasil também seriam titulares dos direitos assegurados pelo texto constitucional.

Nesse contexto, Branco e Torronteguy (2013, p. 940-941) lecionam que um dos fundamentos que se pode apontar para o dever de o Estado brasileiro fornecer o atendimento amplo à saúde aos estrangeiros residentes ou não no Brasil é a Convenção Sobre os Estrangeiros, que o Brasil é signatário e foi promulgada internamente pelo Decreto nº 18.956 de 22 de outubro de 1929 (Brasil, 1929).

O artigo 5º desta Convenção estabelece que:

ARTIGO 5º Os Estados devem conceder aos estrangeiros domiciliados ou de passagem em seu territorio todas as garantias individuaes que concedem nos seus proprios nacionaes e o gozo dos direitos civis essenciaes, sem prejuízo, no que concerne aos estrangeiros, das prescripções legaes relativas à extensão e modalidades do exercício dos ditos direitos e garantias. (Brasil, 1929, n. p.)

Reforçando a tese da aplicabilidade do direito à saúde aos estrangeiros que estejam transitoriamente no país, está a própria literalidade da redação do próprio artigo 196 da CF/88 (Brasil, 1988), segundo o qual “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Ou seja, ao tratar da saúde, o legislador constituinte não fez distinção alguma à sua aplicabilidade aos estrangeiros.

Assim, partindo da compreensão ampliada do conceito de cidadania já elucidada anteriormente e até mesmo do reconhecimento de uma cidadania regional americana, é que se reconhece o dever geral do Estado brasileiro de prestar assistência de saúde aos casos de estrangeiros não residentes no país oriundos do Paraguai.

Nesse sentido:

O fortalecimento de um regime internacional de direitos humanos, segundo essas novas pesquisas, tem obrigado os Estados a redefinirem suas fronteiras, tanto a interna como a externa, em função da universalidade dos direitos individuais. [...] Isso significa, entre outras coisas, que o Estado não seria mais capaz de definir, em função de seus próprios interesses, quem pode ou não entrar e se estabelecer em seu território, e, ainda, que cada vez mais os direitos são atribuídos em nome da dignidade inerente da pessoa humana, e não da sua nacionalidade, de modo que a própria distinção entre nacional e não nacional estaria perdendo sua importância (Reis, 2004, p. 157).

Conclui-se, portanto, “que a saúde possui claramente caráter de universalidade, sendo um direito de toda e qualquer pessoa, brasileira ou não” (Barriquello; Krawczak; Sturza, 2017, n. p.). Assim, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todos sem condicionamentos ou diferenciação decorrente de origem, nacionalidade ou local de residência.

Importante mencionar que o STF julgou o HC 94016/SP (Brasil, 2008) e reconheceu que as garantias constitucionais também se estendem aos estrangeiros que não residem e estejam apenas temporariamente no país, pois esta seria a melhor exegese, considerando o princípio da universalidade dos direitos fundamentais.

Deste modo, é possível afirmar que o entendimento da Suprema Corte brasileira, quando aplicado ao direito à saúde, estende aos estrangeiros, mesmo que não residentes no país, os direitos e garantias fundamentais assegurados pela Constituição Federal.

Portanto, à luz da jurisprudência do STF na interpretação do texto constitucional, no plano interno, e por força de disposições convencionais de que o Brasil é signatário, no plano dos direitos humanos, é possível afirmar que o Poder Público do Estado de Mato Grosso do Sul e de seus respectivos Municípios, devem, de maneira ampla, assegurar a prestação dos serviços de saúde pública aos estrangeiros, ainda que não residentes no Brasil, na região da fronteira.

3.4.2 O Estado constitucional cooperativo e a cooperação internacional nas demandas de saúde em regiões transfronteiriças

Considerando que o maior desafio relacionado aos direitos humanos reside em sua efetivação e não em sua fundamentação (Bobbio, 2004, p.25), sua proteção na região de fronteira exige a cooperação internacional entre os Estados como instrumento indispensável para a solução dos problemas internacionais de natureza social.

Tradicionalmente, reconhece-se a dificuldade da efetivação do direito à saúde nas regiões transfronteiriças, principalmente em razão das dificuldades financeiras para a efetivação deste direito de maneira universal (Nogueira; Fagundes, 2015, p. 248).

Sobre esta dificuldade encontrada, Gadelha e Costa (2007, p. 216) apontam:

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. Ademais, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço.

Além disso, verifica-se uma constante mobilidade entre as populações destas regiões que se deslocam muitas vezes em grupos que vão e voltam entre os Estados na busca dos melhores serviços públicos de saúde, o que torna quase impossível um mapeamento e planejamento estratégico pelos gestores (Gadelha; Costa, 2007, p. 216).

Portanto, a cooperação entre os Estados envolvidos nas regiões de fronteira afigura-se indispensável para alcançar a integração dos sistemas e a possibilidade de efetivação da saúde nestas regiões (Gadelha; Costa, 2007, p. 216).

Conforme já mencionado, no âmbito do SIDH, pode-se reconhecer como base normativa para o reconhecimento de um dever de cooperação entre os Estados americanos o artigo 26 da Convenção Americana de Direitos Humanos, mencionado alhures, que trata do compromisso de adotar providências para efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais.

Referido artigo assim dispõe que os Estados-Partes deverão adotar providências mediante a cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos previstos na Convenção.

Nota-se, assim, um dever derivado da própria CADH de que os Estados-Partes cooperem entre si para a efetivação dos direitos sociais (grupo que abrange o direito à saúde). O que dialoga de maneira direta com o modelo do Estado Constitucional Cooperativo, que constitui uma forma de organização estatal baseada na cooperação, na solidariedade e na responsabilidade internacional, em que os Estados mutuamente se ajudam e se influenciam, com o objetivo de garantir a efetividade dos direitos humanos.

Nesse contexto, o Estado Constitucional Cooperativo é uma alternativa eficaz para a garantia do direito humano à saúde, principalmente na região de fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai, no Estado de Mato Grosso do Sul.

3.4.3 O Acordo Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas

Convém destacar como exemplo de cooperação internacional na região objeto deste trabalho a existência do Acordo Internacional Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai em 23 de novembro de 2017.

O acordo em questão foi aprovado pelo Congresso Nacional, por meio do Decreto Legislativo nº 133, de 13 de outubro de 2022 (Brasil, 2022), introduzido ao ordenamento jurídico brasileiro em 10 de dezembro de 2022 (nos termos do artigo XII do acordo) e promulgado por meio do Decreto nº 11.859, de 26 de dezembro de 2023 (Brasil, 2023).

Dentre os Municípios sul-mato-grossenses que fazem fronteira com o Paraguai, que recebem o nome de Localidades Fronteiriças Vinculadas, nove são abrangidos pelo acordo: Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Japorã, Paranhos, Ponta Porã, Porto

Murtinho e Sete Quedas. De acordo com o Artigo I do Acordo, serão beneficiários das vantagens nele previstas os nacionais de qualquer um dos dois Estados, desde que efetivamente domiciliados nas Localidades Fronteiriças Vinculadas. Já o Artigo II garante a estas pessoas o direito à Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço.

O Artigo III se destina à previsão dos direitos concedidos aos titulares da supracitada carteira. Dentre os direitos ali previstos destaca-se o estampado na alínea “c” do primeiro parágrafo:

1. Os titulares da Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço gozarão dos seguintes direitos nas localidades fronteiriças vinculadas da Parte emissora da carteira, constantes do Anexo I:
 - c) Atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade; (Brasil, 2023, n. p.)

Nota-se, portanto, que este Acordo estendeu a garantia do direito à saúde a todos os nacionais paraguaios que efetivamente residam na área definida como Localidade Fronteiriça Vinculada, que abrange a maior parte da fronteira entre o Estado de Mato Grosso do Sul e o Paraguai.

Por fim, não foi possível identificar se a Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço já está sendo produzida pelas autoridades brasileiras e se já existe alguma medida governamental a fim de garantir a implementação e efetivação dos direitos garantidos pelo Acordo (incluindo o direito à saúde, que é o objeto principal deste trabalho).

Não obstante, é preciso frisar o avanço que este acordo representa, tendo em vista que se supera a ideia de responsabilização apenas indireta e por corolário de outras obrigações, passando a existir a obrigatoriedade normativa da prestação dos serviços públicos de saúde aos estrangeiros que preencham as condições indicadas.

4 O DIREITO À SAÚDE DO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL NA REGIÃO DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Dentre os diversos problemas que afetam a região fronteiriça, destaca-se a demanda dos estrangeiros não residentes por tratamento de saúde pelo SUS, tendo em vista a fluidez com que os estrangeiros ultrapassam a fronteira e se deslocam até os postos de atendimentos de saúde pública.

Antes de adentrar especificamente no tema deste capítulo, faz-se necessário realizar uma delimitação terminológica acerca da utilização do termo ‘estrangeiro’. Com o advento da nova Lei de Imigração, de nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (Brasil, 2017), surgiu o debate se o termo ‘estrangeiro’ estava ultrapassado, já que o referido diploma legal o substituiu por ‘imigrante’, ‘residente fronteiriço’ ou ‘visitante’, a depender do contexto.

Em vista disso, há quem defenda que não é apenas uma alteração terminológica, mas uma mudança de paradigma, já que a antiga lei, que utilizava o termo ‘estrangeiro’, estabelecia às pessoas nesta condição diversas restrições. Com efeito, a Lei 6.815/80 estabelecia várias restrições aos estrangeiros que foram suprimidas pelo novo diploma legal, concebido em conformidade com as regras e princípios consagrados pela República Federativa do Brasil (Guerra, 2017, p. 1721-1722).

Não obstante, esclarece-se que o presente trabalho adotará a terminologia ‘estrangeiro’, basicamente por três razões: adoção da terminologia constitucional, melhor aptidão semântica para traduzir com exatidão a ideia pretendida, possibilidade de confusão entre as terminologias da nova lei.

Quanto ao primeiro motivo, entende-se que o termo ‘estrangeiro’ não é incorreto, por ser o utilizado na Constituição Federal de 1988. Além disso, semanticamente, ‘estrangeiro’ traduz com exatidão a ideia que se pretende transmitir, de um indivíduo sem cidadania brasileira, enquanto ‘visitante’ ou ‘residente fronteiriço’ são equívocos e podem ter conotações diversas. Por fim, considerando que o presente trabalho pretende tratar de pessoas sem cidadania brasileira e sem residência no Brasil, em diversos momentos teriam que ser utilizados, simultaneamente, os conceitos de ‘visitante’ e de ‘residente fronteiriço’ para adequação à nova lei, o que poderia gerar ambiguidades.

Feitas essas considerações, é preciso assinalar que o presente capítulo reserva-se à análise das dificuldades envolvidas e possíveis propostas de abordagens jurídicas para a

problemática envolvendo o atendimento dos estrangeiros não residentes no Brasil na fronteira com o Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul.

4.1 PECULIARIDADES DA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Neste ponto, convém fazer um breve registro sobre o conceito de fronteira para o direito, bem como dos principais dilemas vivenciados nestas regiões. As fronteiras podem ser conceituadas como “descontinuidades territoriais, com a função de marcação política” (Foucher, 2009, p. 22). Por essa perspectiva, é um erro analisar o espaço transfronteiriço como apenas uma linha que delimita dois territórios, uma vez que nestas regiões há uma dinâmica própria que desafia a soberania dos Estados e a ordem social comum, tendo em vista a interação de sistemas políticos, monetários, culturais e jurídicos distintos (Flamia, 2018, p. 12-15).

O Brasil é um país de dimensões continentais com fronteira terrestre com dez dos doze demais países que compõem a América do Sul e, conforme dados de 2021, em uma linha com extensão de 16,9 mil km, na qual se localizam 588 municípios (Brasil, 2021, n. p.). Somente com o Paraguai, o Brasil possui 1.365,4 km de fronteira terrestre, dos quais 928,5 km são delimitados por rios e 436,9 km por divisor de águas ou espigão (Silva; Silva, 2022, p. 159).

Vale anotar que, do total da extensão da fronteira brasileira, 1.131 km situam-se no Estado de Mato Grosso do Sul (José Sobrinho; Barros; Marques, 2015, n. p.). Além disso, no Estado de Mato Grosso do Sul, se localiza a totalidade da chamada fronteira seca entre os dois países (436,9 km), desprovida de qualquer obstáculo natural para transpor a linha que divide os dois Estados (Patrocinio; Macedo; Rizo, 2023, n. p.).

São doze os Municípios Sul-mato-grossenses que fazem divisa com o Paraguai, sendo eles: Corumbá, Porto Murtinho, Caracol, Bela Vista, Antônio João, Ponta Porã, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Sete Quedas, Japorã e Mundo Novo. Vale anotar que o Município de Corumbá faz divisa com o Paraguai em uma área remota de sua zona rural, sendo a maior parte de sua fronteira com a Bolívia.

Ao analisar o trânsito de estrangeiros nas regiões transfronteiriças, notou-se que, de toda a faixa de fronteira brasileira, a região de maior fluxo é a fronteira entre Brasil e Paraguai abrangendo os Estados do Paraná e de Mato Grosso do Sul (Giovannella *et al*, 2007, p. 255). Somando-se a isto, tem-se o fato já apontado de que toda a fronteira seca (aquela sem de

qualquer tipo obstáculo natural entre a linha que divide os dois Estados) entre Brasil e Paraguai está situada no Estado de Mato Grosso do Sul. Uma das principais características da fronteira seca, que a distingue das demais, é a facilidade e fluidez com que os estrangeiros trespassam seus limites, sendo quase impossível fiscalizar e mensurar o número exato deste fluxo sem a colocação de barreiras físicas.

Especificamente em relação ao Estado de Mato Grosso do Sul, o problema manifesta-se de maneira mais intensa nas sete cidades gêmeas, assim considerados pelo art. 1º da Portaria MDR nº 2.507 (Brasil, 2021), os Municípios cortados pela linha de fronteira, seca ou fluvial, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, nos quais os problemas característicos da fronteira adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

De acordo com o anexo I da referida norma infralegal, no Estado de Mato Grosso do Sul estão localizados os municípios de Bela Vista, Coronel Sapucaia, Corumbá, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã e Porto Murtinho, sendo que desses, apenas Bela Vista, Caracol, Corumbá e Porto Murtinho não possuem fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai. Todos os demais municípios retro mencionados tem a totalidade de seu território na denominada fronteira seca.

Constata-se, portanto, que a fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul é dotada de peculiaridades geográficas, além de um intenso fluxo de pessoas, bens e serviços, o que evidentemente proporciona problemas únicos de políticas públicas a serem resolvidos.

4.2 A DEMANDA POR ATENDIMENTO À SAÚDE NAS CIDADES LOCALIZADAS NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL E OS ENTRAVES GOVERNAMENTAIS CRIADOS

O fluxo de estrangeiros que cruzam a fronteira em direção ao Brasil em busca de serviços de saúde é intenso, em razão de o Brasil possuir um sistema de saúde pública universal, presente em todos os Municípios (Branco; Torrenteguy; 2013, p. 934), e “muito embora o Brasil tenha mazelas em seu sistema de saúde, muitos estrangeiros aqui buscam tratamentos gratuitos” (Flamia, 2018, p. 16-17).

Conforme aponta Flamia (2018, p. 16), “a proximidade geográfica [...], a ausência ou insuficiência de serviços públicos de saúde no país de origem, a facilidade de ser atendido, a

urgência ou gravidade do caso, e a qualidade da atenção à saúde no SUS” são os principais motivos que levam estes estrangeiros a buscar a utilização dos serviços de saúde pública do Brasil.

Diante de todo este contexto, a região de fronteira entre Brasil e Paraguai situada no Estado de Mato Grosso do Sul destaca-se como uma das regiões com maior busca de atendimento pelos estrangeiros, conforme aponta Giovanella (*et al*, 2007, p. 256). Para além da demanda dos estrangeiros nesta faixa de fronteira, existe ainda a demanda dos chamados “brasiguaios”, como são chamados os brasileiros e descendentes de brasileiros que residem no Paraguai.

Sobre o tema, Giovanella (*et al*, 2007, p. 256) pontua que:

[...] estimando-se em 350 mil os brasileiros e descendentes residentes no Paraguai (“brasiguaios”). Esses brasileiros moradores em terras paraguaias da faixa de fronteira procuram com frequência pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros, informaram os secretários municipais de saúde.

Em pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, entre novembro e dezembro de 2005, com os Secretários Municipais de Saúde de todos os Municípios brasileiros que fazem fronteira com Paraguai, Argentina e Uruguai, notou-se que “Mato Grosso do Sul foi o único estado de fronteira em que mais da metade (54%) dos informantes consideraram a busca por estrangeiros ao SUS frequente ou muito frequente” (Fiocruz, 2007, p. 90).

Para se ter uma ideia da dimensão deste problema, em 2005, 19,70% dos procedimentos realizados pelo SUS na cidade de Ponta Porã tinham como usuários estrangeiros (Pereira, 2013, p. 77). Verifica-se que “em diversas cidades-gêmeas é cada vez mais comum que os nacionais da cidade vizinha queiram ter seus filhos do lado brasileiro de forma a garantir o atendimento posterior” (Brasil, 2005, p. 160).

Ocorre que a ausência de normas claras no âmbito nacional faz com que cada autoridade de saúde em âmbito municipal acabe por adotar critérios distintos, resultando na completa ausência de uniformidade na prestação de atendimento público à saúde de estrangeiros não residentes pelo SUS (Giovanella, *et al*, 2007, p. 263-264).

Assim, em que pese o melhor entendimento seja da obrigatoriedade de o SUS atender os estrangeiros, verifica-se, na realidade, que a grande maioria dos Municípios buscam colocar o máximo de obstáculos para afastar os estrangeiros não residentes no Brasil do atendimento público.

Giovanella (*et al*, 2007, p. 256) pontua que:

Essas barreiras burocráticas dificultam o acesso de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS e os obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar ao tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros. [...] Ilustrativo das barreiras de acesso a não residentes no município são os dizeres de cartazes fixados na recepção de unidades de saúde visitadas, em clara violação a direitos dos pacientes: “Favor trazer conta de água ou luz para comprovar endereço ao consultar. A Direção”. Ou, “Pacientes internados somente receberão visitas com a entrega do comprovante de endereço para enfermagem, recepção ou administração”.

Não obstante seja reprovável a conduta dos Municípios, ostenta uma lógica do ponto de vista financeiro. Com efeito, a situação atual penaliza os Municípios que prestam algum tipo de atendimento de saúde a estrangeiros não residentes, pois nem o Estado de origem do estrangeiro e nem a União repassarão os recursos correspondentes a essa demanda (Branco, Torronteguy, 2013, p. 936).

Para melhor ilustrar este problema, tem-se os dados do Município de Ponta Porã. Em 2005, o Município em questão registrou o total de 1380 internações no ano (uma média de 115 internações por mês), enquanto o número esperado pelas projeções era de 1075 internações por ano – 89 internações por mês (Pereira, 2013, p. 78).

Nota-se, portanto, que a demanda efetiva pelos serviços de saúde na região de fronteira ultrapassa em muito a quantidade utilizada para fins de elaboração do orçamento público. Ocorre que os repasses financeiros para os Municípios levam em conta as projeções esperadas com base na população e não contabilizam os estrangeiros que de fato utilizam os serviços de saúde pública.

Esta questão já foi registrada em um documento emitido pelo Ministério da Integração Nacional em 2005, intitulado “Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira”. Segue o excerto:

O sistema brasileiro de saúde pública, apesar de suas lacunas, alcança todos os municípios de fronteira, cada prefeitura recebendo recursos de acordo com a estimativa da população municipal. Ao contrário, a maioria dos países vizinhos privatizou o sistema de saúde, o que não só encareceu e colocou fora do alcance da população os serviços como reduziu sua presença ao seguir critérios de lucro na localização geográfica. Em consequência, quase todas as prefeituras reclamam do afluxo constante de residentes na cidade e na Faixa de Fronteira, seja de seus nacionais, seja de brasileiros residentes e imigrantes, que não estão computados na base de cálculo dos recursos provenientes do SUS (Sistema Único de Saúde – Governo Federal) (Brasil, 2005, p. 159).

Tendo em vista a ausência de bibliografia contendo dados atualizados acerca desta demanda, foram solicitadas formalmente informações aos Municípios Sul-mato-grossenses situados na fronteira seca com o Paraguai. Apenas os Municípios de Paranhos, Ponta Porã e

Sete Quedas forneceram dados a respeito da utilização dos serviços públicos de saúde por estrangeiros dos últimos anos.

Conforme informações prestadas pelo Município de Sete Quedas, em 2022 houve 139 atendimentos de atenção primária de saúde (APS) e 48 atendimentos de média e alta complexidade (MAC) formalmente registrados a estrangeiros. No ano de 2023 foram 126 atendimentos de APS e 290 de MAC, enquanto em 2024 foram 225 atendimentos de APS e 460 de MAC (Sete Quedas, 2024, p. 1). O Município de Paranhos informou que em 2022 houve 275 atendimentos de APS e 167 de MAC a estrangeiros; em 2023 foram 448 atendimentos de APS e 214 de MAC; por fim, em 2024 foram 869 atendimentos de APS e 732 de MAC (Paranhos, 2024, p. 1). Já no Município de Ponta Porã, o mais populoso da região, em 2022 houve 5.364 atendimentos de APS e 1.982 de MAC a estrangeiros; em 2023 foram 8.710 atendimentos de APS e 2.809 de MAC; e em 2024 foram 10.025 atendimentos de APS e 3.506 de MAC (Ponta Porã, 2025, p. 1).

Os números demonstram um incremento, ano após ano, da busca pelo atendimento de saúde pública nos Municípios fronteiriços pelos estrangeiros, de modo que não se pode simplesmente ignorar esta situação.

Por outro lado, a postura dos municípios de tentar barrar a utilização do SUS por estrangeiros gera outros problemas: estas pessoas buscam subterfúgios ilegais para tentar o atendimento pelo SUS, gerando situações extremas como o caso ocorrido em Campo Grande, em que uma equipe médica estava encaminhando diversos paraguaios para a realização de transplantes pelo SUS e o chefe dessa equipe alugava um imóvel para esses estrangeiros se estabelecerem e possuírem uma “residência” no Brasil (Branco; Torronteguy, 2013, p. 936-937).

De acordo com dados levantados pela Pesquisa Saúde nas Fronteiras, no ano de 2005, 90,9% dos Municípios de Mato Grosso do Sul que fazem fronteira com o Paraguai exigiam documento de identidade aos usuários para serem atendidos no SUS, além disso destaca-se que em um dos Municípios esta documentação é exigida apenas para estrangeiros (Fiocruz, 2007, p. 79). Consoante a mesma pesquisa, 72,7% dos municípios sul-mato-grossenses em questão exigiam a apresentação de comprovante de residência (Fiocruz, 2007, p. 82), como uma forma de tentar barrar os estrangeiros que desejam utilizar o sistema público de saúde.

Outros números importantes de se destacar dizem respeito à abrangência do atendimento do estrangeiro pelo SUS no período analisado no referido documento. Analisando os números médios de todos os Municípios brasileiros que fazem fronteira com

Paraguai, Argentina e Uruguai, verificou que 35,8% dos municípios atendiam os estrangeiros independentemente da ação ou serviço necessitado e que 28,4% dos Municípios atendiam apenas os casos de emergência (Fiocruz, 2007, p. 88). Já os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul ostentavam números mais preocupantes no que diz respeito à alcançabilidade do direito à saúde aos estrangeiros: apenas 9,1% atendiam os estrangeiros independentemente da ação ou serviço necessitado e 36,4% atendiam apenas os casos de emergência (Fiocruz, 2007, p. 88).

Essa situação tem o potencial de gerar elevado número de demandas que não são formalmente registradas, uma vez que o estrangeiro fronteiriço que tem seu atendimento negado normalmente não dispõe de meios de acionar a justiça brasileira, por não ter cidadania e nem residência no país.

Vale frisar ainda que esta abordagem aparenta ser equivocada, porquanto os problemas de saúde pública em regiões fronteiriças transcendem do interesse pessoal do estrangeiro em ser atendido, atingindo todos os indivíduos que residem naquela região. A título de exemplo, tem-se as doenças infecciosas, cujo controle depende de imunização por vacinação:

Neste contexto, torna-se necessário discutir sobre a saúde nas fronteiras, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e, conseqüentemente, favorecer o processo de integração entre os povos. Nestas regiões, as ações de vacinação são essenciais, uma vez que são regiões-chave para o ressurgimento de surtos ou até mesmo reaparecimento de doenças que estavam controladas no território brasileiro (10). Considerando as particularidades da região de fronteira (10), especialmente nas cidades gêmeas (definidas como aquelas cidades que ficam uma ao lado da outra, mas em países diferentes, separadas pela linha seca ou fluvial e com fácil acesso entre elas). Com o deslocamento diário de pessoas entre os países, é fundamental implementar estratégias diferenciadas, com a finalidade de alcançar as CV adequadas e melhorar o acesso da população aos serviços de vacinação, sem distinção da nacionalidade e, assim, possibilitar a manutenção do controle das doenças preveníveis por vacinação (10) (Nascimento *et al*, 2024, p. 2)

Nota-se, portanto, que a região de fronteira entre Brasil e Paraguai localizada no Estado de Mato Grosso do Sul é dotada de peculiaridades que fazem com que a demanda por atendimento de estrangeiros no SUS seja significativamente elevada e cujo mapeamento é quase impossível, em razão da fluidez característica da fronteira seca.

Verifica-se ainda que os Municípios têm criado barreiras burocráticas a fim de dificultar o atendimento desses estrangeiros, principalmente pela dificuldade financeira de arcarem individualmente com os custos dos serviços públicos de saúde prestados aos estrangeiros.

4.3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE COMO UM MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PELO ESTRANGEIRO NÃO RESIDENTE NO BRASIL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Uma vez reconhecido o direito ao estrangeiro não residente no Brasil ao acesso ao direito à saúde prestado de maneira pública e gratuita pelo Estado brasileiro, passa-se à discussão de como efetivar tal direito, tendo em vista este é o maior desafio dos direitos humanos, conforme a já citada doutrina de Bobbio (2004, p. 25).

Nesse cenário, é preciso analisar a possibilidade de se aplicar aos estrangeiros não residentes no país um mecanismo já muito utilizado por aqueles que residem no Brasil: a demanda judicial para obrigar os Estados, Municípios e a União a prestar atendimentos e/ou fornecer medicamentos.

Na seção 1.5.3 foi delineado o atual cenário da judicialização do direito à saúde no Brasil e, a seguir, serão analisadas as dificuldades de acesso e apontados fundamentos que justificam a sua aplicação imediata aos estrangeiros não residentes no país na região objeto deste estudo.

4.3.1 A competência da Justiça Federal para demandas que tenham como fundamento tratado internacional: impasse para a judicialização do direito à saúde por estrangeiros não residentes no Brasil perante a Justiça Brasileira e o Estado de Coisas Inconvencional

A atual conjuntura do direito processual brasileiro acarreta um grande obstáculo à judicialização do direito à saúde por estrangeiros não residentes no Brasil: a competência para julgar eventual ação judicial proposta por estrangeiro não residente no Brasil contra os entes federados brasileiros buscando a promoção do direito seria da Justiça Federal, conforme determina o art. 109, inciso III, da CF/88²⁸, porquanto o fundamento da obrigatoriedade de os entes federados brasileiros garantirem o acesso ao sistema público de saúde aos estrangeiros não residentes no Brasil é a Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Assim, o bem jurídico tutelado teria como causa de pedir tratado internacional do qual o Brasil é signatário, o que atrai a competência da Justiça Federal.

²⁸Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar: [...] III - as causas fundadas em tratado ou contrato da União com Estado estrangeiro ou organismo internacional;

Em uma primeira e superficial análise, não haveria qualquer problema nesta regra. Contudo, ao analisarmos a capilaridade da Justiça Federal, quando comparada com a Justiça Estadual, principalmente na faixa de fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul, é possível perceber o quanto esta regra cria embaraços à efetivação do direito que se pretende assegurar.

Antes de adentrar na situação específica da faixa de fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul, faz-se necessário explicitar com números a maior proximidade geográfica da Justiça Comum Estadual com os cidadãos, em relação à Justiça Comum Federal. Conforme o Relatório Justiça em Números de 2021 do CNJ, 2.672 municípios brasileiros sediam comarcas da Justiça Estadual, enquanto apenas 278 municípios possuem alguma unidade da Justiça Federal, uma diferença de representatividade de 48% para 5% do total de municípios brasileiros (Brasil, 2021, p. 32).

A seguir alguns gráficos extraídos do referido relatório para ilustrar estes dados:

Figura 1 - Unidades judiciárias de primeiro grau, por ramo de justiça



Figura 2 - Diagrama do número de unidades judiciárias de primeiro grau, por ramo de justiça



Figura 3 - Habitantes por varas e juizados especiais estaduais

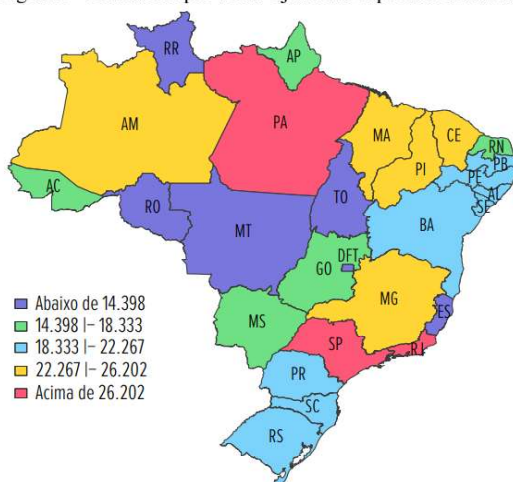
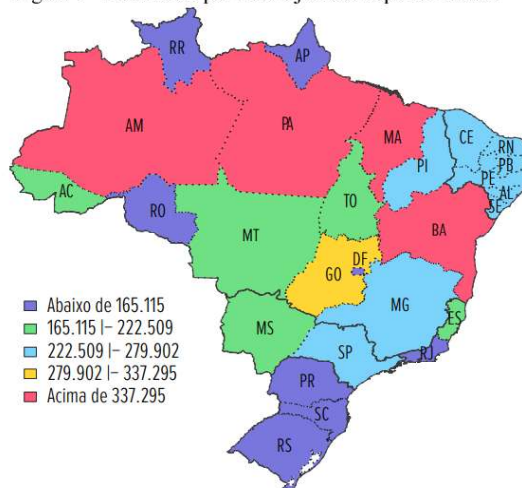


Figura 4 - Habitantes por vara e juizado especial federal



Fonte: Brasil, 2021

Justiças Comuns: enquanto existem 9.606 unidades judiciárias de primeira instância da Justiça Estadual (64,7% do total nacional), existem apenas 984 unidades judiciárias de primeira instância da Justiça Federal (6,6% do total nacional).

Especificamente em relação à maior ou menor facilidade de acesso a ambos os ramos da justiça pelo cidadão, verifica-se que no Estado de Mato Grosso do Sul existe uma vara ou juizado especial estadual para cada grupo de 14.000 a 18.000 pessoas, enquanto cada vara ou juizado especial federal atende a um grupo de 165.000 a 222.000 habitantes.

Percebe-se que a Justiça Estadual se encontra muito mais capilarizada pelo território nacional quando comparada à Justiça Federal. A discrepância é ainda mais intensa nos Municípios que compõem a fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul.

Dos Municípios Sul-mato-grossenses que estão totalmente situados na fronteira seca com o Paraguai, apenas Ponta Porã possui subseção judiciária da Justiça Federal instalada (Tribunal Regional Federal da 3ª Região, 2025). Por outro lado, a Justiça Comum Estadual está em quatro deles, Ponta Porã, Coronel Sapucaia, Sete Quedas e Mundo Novo e, das cidades gêmeas, apenas Paranhos não é sede de comarca, sendo município termo da comarca de Sete Quedas (Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, 2025).

Fica, portanto, claro o distanciamento da Justiça Federal da região fronteira entre Brasil e Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul, o que dificulta em muito a efetiva prestação jurisdicional aos estrangeiros que buscassem litigar em prol de garantir o direito à saúde nesse ramo do Poder Judiciário.

Dito isso, deve-se lembrar que, conforme já mencionado anteriormente, sempre que houver o descumprimento de um direito humano garantido pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos, haverá uma inconvenção.

Já restou demonstrado o dever que o Estado brasileiro possui de garantir o direito ao seu sistema público de saúde aos estrangeiros oriundos dos Estados americanos, ainda que não residente no Brasil, de modo que eventual dificuldade do acesso desses estrangeiros é inconvenção.

Importante mencionar o Acordo de Cooperação e Assistência Jurisdicional em Matéria Civil, Comercial, Trabalhista e Administrativa entre os Estados Partes do Mercosul, a República da Bolívia e a República do Chile, aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 1.021, de 24 de novembro de 2005 e promulgado pelo Decreto nº 6.891, de 2 de julho de 2009, o qual prevê em seu art. 3 que os nacionais, cidadãos ou residentes de qualquer dos

Estados Partes gozam de igualdade de tratamento processual e do livre acesso à jurisdição dos Estados para a defesa de seus interesses (Brasil, 2009).

Destarte, especificamente em relação aos paraguaios que vivem na região da fronteira entre os dois países, a fixação da competência na Justiça Federal para ajuizar ação judicial em face de um dos municípios fronteiriços ou contra o Estado de Mato Grosso do Sul também caracteriza uma inconveniencialidade, por ferir o dispositivo supracitado.

Mais do que uma mera inconveniencialidade, estamos diante de um estado de coisas inconveniencial.

Retomemos os requisitos do estado de coisas inconveniencial: (i) violação incomensurável de direitos humanos, (ii) omissão duradoura do Estado para com os compromissos assumidos em norma internacional e (iii) falha estrutural que atinja tanto a separação dos poderes quanto os entes da federação.

No presente caso, os três requisitos estão preenchidos.

A violação incomensurável de direitos humanos existe, pois sequer é possível medir o alcance deste descumprimento, uma vez que violações ao direito à saúde em regiões de fronteira têm um potencial de reação em cadeia, que afeta inclusive a população brasileira que vive nessa região.

A omissão duradoura do Estado brasileiro para com os compromissos assumidos em norma internacional também é evidente, tendo em vista que a efetiva prestação do direito à saúde aos estrangeiros não residentes que vivem na região objeto desta pesquisa e a facilitação do acesso à justiça brasileira decorre da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Além disso, o acesso à jurisdição brasileira em igualdade de condições para com os nacionais e residentes é expressamente assegurado pelo Acordo de Cooperação e Assistência Jurisdicional em Matéria Civil, Comercial, Trabalhista e Administrativa entre os Estados Partes do Mercosul, a República da Bolívia e a República do Chile.

Por fim, há uma falha estrutural que atinge todo o Estado brasileiro diante das barreiras processuais que dificultam em muito, chegando a quase impedir, o acesso jurisdicional de estrangeiros não residentes no Brasil para demandar judicialmente contra os Entes federados brasileiro para busca o atendimento público de saúde.

Diante do claro estado de coisas inconveniencial que tais barreiras acarretam, é necessário buscar alternativas jurídicas para possibilitar o acesso do estrangeiro ao sistema de justiça brasileiro, de modo a permitir a propositura de ações prestacionais de serviços de saúde contra os entes públicos brasileiros, conforme se verá adiante.

4.3.2 Proposta de um critério de fixação da competência nas ações prestacionais de saúde demandadas por estrangeiros não residentes no Brasil que atenda às especificidades da fronteira com o Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul

Considerando a conjuntura do Poder Judiciário brasileiro, se considerarmos que, nas ações prestacionais de saúde comumente se faz necessária a produção de prova técnica, em regra a perícia médica, é evidente que a fixação da competência na Justiça Estadual conferirá maior acesso à justiça aos estrangeiros que busquem a efetivação de seu direito na esfera judicial.

Este modelo de fixação da competência não seria uma completa novidade no ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que já existe a competência delegada no direito previdenciário, por exemplo, em vista de garantir o acesso à justiça, como será demonstrado.

Assim, no presente capítulo, delinear-se-á uma proposta de fixação da competência na Justiça Estadual nas ações prestacionais de saúde demandadas por estrangeiros não residentes no Brasil.

O art. 5º, inciso XXXV, da CF/88, prevê que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Por muito tempo, o direito ao acesso à justiça era feito a partir de uma leitura literal do dispositivo supra, aceitando-se que o direito estaria concretizado apenas com a garantia do direito de ação ao jurisdicionado.

Com o desenvolvimento das relações sociais, contudo, foi necessária uma releitura do direito ao acesso à justiça. Nesse sentido, sobre o acesso à justiça, Wambier (2007, p. 70) destaca que

não se trata de apenas assegurar o acesso, o ingresso, no Judiciário. Os mecanismos processuais (i.e., os procedimentos, os meios instrutórios, as eficácias das decisões, os meios executivos) devem ser aptos a propiciar decisões justas, tempestivas e úteis aos jurisdicionados – assegurando-se concretamente os bens jurídicos devidos àquele que tem razão.

Nesse sentido, o direito de ação deve ser compreendido “como um direito fundamental à tutela jurisdicional adequada e efetiva, como direito à ação adequada, e não mais como simples direito ao processo e a um julgamento de mérito” (Marinoni; Mitidiero, 2008, p. 97).

É importante mencionar que exatamente com a finalidade de concretizar o direito ao acesso à justiça e levando em conta a maior capilaridade da Justiça Comum Estadual em relação à Justiça Comum Federal é que o ordenamento jurídico brasileiro optou pela delegação da competência federal de primeira instância aos juízos estaduais.

O fundamento histórico da delegação do exercício da competência federal aos juízos estaduais consiste em facilitar o acesso ao Judiciário federal diante das dificuldades estruturais, administrativas e financeiras de instalação de vara federal em todos os municípios, já que a Justiça Estadual conta com um número maior de juizes distribuídos por todo o território nacional. (Bochenek; Dalazoana; 2016, p. 144 *apud* Oliveira; Vasconcelos, 2022, p. 3-4)

Outro fator que reforça a importância da regra que institui a competência delegada é extraído do Relatório de Competência Delegada do CNJ de 2020 que apurou que, ao todo 7,8 milhões de processos de direito previdenciário tramitam no Poder Judiciário brasileiro, dos quais 1,1 milhão na Justiça Estadual (Brasil, 2020, p. 17).

Vale mencionar que o art. 109, § 3º, da CF/88, na redação vigente até 2019, previa duas possibilidades de delegação de competência federal: uma primeira específica e obrigatória, cuja aplicação decorria diretamente da constituição, e outra delegação genérica, cuja aplicação dependia de norma infraconstitucional para que fosse efetivada (Didier Jr, 2019, p. 314-315). Veja-se a antiga redação do dispositivo em comento:

§ 3º Serão processadas e julgadas na justiça estadual, no foro do domicílio dos segurados ou beneficiários, as causas em que forem parte instituição de previdência social e segurado, sempre que a comarca não seja sede de vara do juízo federal, e, se verificada essa condição, a lei poderá permitir que outras causas sejam também processadas e julgadas pela justiça estadual. (Brasil, 1988, n. p.)

Com base nessa autorização constitucional, o legislador infraconstitucional previu algumas hipóteses autorizadoras de delegação da competência federal. Alguns exemplos são: o art. 15, inciso II, da Lei nº 5.010/1966, que trata de vistorias e justificações perante a administração federal, o art. 4º da Lei nº 6.969/1981, que trata da usucapião especial de imóveis rurais, e o art. 381, § 4º, do CPC, que trata da ação probatória autônoma (Neves, 2019, p. 241).

Todavia, com o advento da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, foi alterada a redação do art. 109, § 3º, da CF/88, de modo que inexistia atualmente a possibilidade da delegação genérica de qualquer matéria e, mesmo nas ações que envolvam previdenciárias, a delegação da competência federal não será mais de aplicação imediata, dependendo de lei, nos casos em que não houver sede de justiça federal no domicílio do segurado (Oliveira; Vasconcelos, 2022, p. 15-16).

Segue o dispositivo alterado:

§ 3º Lei poderá autorizar que as causas de competência da Justiça Federal em que forem parte instituição de previdência social e segurado possam ser processadas e julgadas na justiça estadual quando a comarca do domicílio do segurado não for sede de vara federal. (Brasil, 2019, n. p.)

A Lei nº 13.876/2019 conferiu nova redação ao art. 15, inciso III, da Lei nº 5.010/1966, permitindo que as causas que envolvam o INSS e seus segurados e cuja matéria sejam benefícios de natureza pecuniária poderão ser processadas na Comarca de domicílio do autor, quando esta estiver a mais de 70 quilômetros de distância de um município que seja sede de vara federal.

Vale mencionar que o STF tem entendido que a alteração promovida pelo poder constituinte reformador é constitucional e que o conteúdo da Lei nº 13.876/2019 trata de matéria infraconstitucional, não tendo a Suprema Corte competência para apreciá-la²⁹. Finalmente, merece destaque que, por força do art. 109, § 4º, da CF/88, esta delegação de competência é parcial e ocorre apenas no primeiro grau de jurisdição, visto que eventuais recursos deverão ser julgados pelo respectivo Tribunal Regional Federal (Leitão, 2018, n. p.).

Neste íterim, é perceptível que a competência delegada constitui importante mecanismo para a efetivação dos direitos fundamentais dos jurisdicionados, porém existe uma enorme limitação à sua aplicabilidade, pois restringe-se às ações de natureza previdenciária.

A delegação é regra específica de fixação da competência territorial em razão da matéria de que trata o processo (atualmente, apenas as ações previdenciárias) e das partes envolvidas, em que se permite o julgamento do processo pelo juízo estadual, ante a ausência de vara federal no domicílio do autor (Cunha, 2019, p. 293 *apud* Sabino, 2022, p. 14).

Como já apontado, a delegação da competência federal tem, dentre seus principais objetivos, a garantia plena do direito ao acesso à justiça nas questões previdenciárias, nas quais se verifica a hipossuficiência do segurado na maior parte dos casos (Savaris, 2016, p. 76 *apud* Oliveira; Vasconcelos, 2022, p. 32).

A situação dos jurisdicionados não é muito diferente nas ações prestacionais da saúde – diga-se de passagem que a hipossuficiência do autor é um dos pressupostos para o reconhecimento de seu direito a receber do Poder Público medicamentos fora da RENAME, nos termos da já mencionada tese do Tema 106 do STJ. Outra grande semelhança entre as demandas previdenciárias e as relativas à saúde reside no grande número de ações que elas representam no judiciário brasileiro.

Até a alteração constitucional de 2019, para que houvesse a ampliação da competência delegada para novos casos bastaria uma autorização legislativa. Assim, até então, seria perfeitamente possível que a lei criasse mais uma forma de delegação de

²⁹STF, ARE 1362060 AgR, Segunda Turma, julgado em 21/06/2022.

competência nos casos envolvendo a judicialização da saúde. Entretanto, a nova redação do art. 109, § 3º, da CF/88, limita expressamente esta delegação aos casos previdenciários.

Ocorre que, desde antes da alteração citada, o dispositivo constitucional já vinha sendo mitigado pelo STJ, para o fim de se permitir também a delegação de competência nos casos em que o autor for beneficiário da assistência social promovida pelo INSS e não apenas pelos segurados da previdência social, por interpretação literal da Carta Magna.

Segue parte da ementa de julgado da referida corte que reconhece esta interpretação extensiva:

À luz da evidente razão da norma inserta no parágrafo 3º do artigo 109 da Constituição da República, é de se interpretá-la atribuindo força extensiva ao termo "beneficiários", de modo a que compreenda os que o sejam do segurado, mas também aqueles outros do benefício da assistência social, como, aliás, resta implícita na jurisprudência desta Egrégia Terceira Seção, que tem compreendido no benefício previdenciário o benefício assistencial. (Brasil, 2003, n. p.)

Este entendimento não sofreu alteração com o advento da alteração promovida pela Emenda Constitucional nº 103 (Brasil, 2019). Logo, mesmo após a modificação do texto da Constituição Federal, é possível verificar uma flexibilização da literalidade da norma para garantir maior eficácia de direitos fundamentais como o acesso à justiça e a seguridade social.

A competência em razão da matéria, muitas vezes denominada competência *rationae materiae*, é determinada pela natureza da relação jurídica discutida no processo; por outro lado, a competência em razão da pessoa (*rationae personae*) leva em consideração a qualidade da pessoa em litígio (Dinamarco; Badaró; Lopes, 2021, p. 295-296).

Portanto, a delegação da competência federal nas ações que envolvam prestações relativas à saúde seria igualmente uma conjunção dos critérios material e subjetivo de fixação e competência, superando o critério puramente subjetivo, que leva em conta somente o fato da União compor o polo passivo da ação, para autorizar a tramitação do processo, em primeira instância, perante o juízo estadual.

Sobre a viabilidade desta interpretação extensiva, Carbone (2013, p. 78) conclui ser

sustentável a possibilidade de o Magistrado estadual, ao se deparar com uma ação de tutela da saúde movida contra a União, julgar-se competente para o processamento do feito, por meio de uma interpretação ampliativa e teleológica da norma constitucional da competência delegada para benefícios previdenciários, à luz do princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais.

Finalmente, cumpre concluir que a delegação da competência nas ações que buscam tutelar o direito à saúde traria vários benefícios aos estrangeiros, dentre os quais podem ser destacados: (i) a maior amplitude e presença da Justiça Comum Estadual de primeira instância

na zona de fronteira entre Brasil e Paraguai garantiria um maior acesso à justiça; (ii) a maior facilidade de produção probatória na comarca do domicílio do autor estrangeiro, uma vez que a maioria das provas a serem produzidas neste caso são periciais; (iii) maior efetividade das decisões dos tribunais superiores que reconhecem a solidariedade dos entes federados nas ações prestacionais da saúde, uma vez que, na atual conjuntura, a maior parte dos autores dos processos não inclui a União como ré apenas para evitar que seus processos sejam julgados na Justiça Federal; (iv) uma melhor distribuição dos encargos financeiros destes processos, permitindo que todos os entes participem conjuntamente dos processos; (v) tratamento processual igual para as ações que tratam de direitos da mesma natureza (seguridade social); (vi) cumprimento efetivo das obrigações contraídas pela República Federativa do Brasil no âmbito internacional, em especial à Convenção Americana sobre Direitos Humanos e ao Acordo de Cooperação e Assistência Jurisdicional em Matéria Civil, Comercial, Trabalhista e Administrativa entre os Estados Partes do Mercosul, a República da Bolívia e a República do Chile.

Portanto, o que se propõe é que seja reconhecida a competência delegada da Justiça Estadual nas ações intentadas com objetivo de efetivação do direito à saúde pelo Poder Público em favor dos estrangeiros não residentes no Brasil, pela aplicação analógica da norma constitucional e legal aplicáveis às ações previdenciárias, por ser medida adequada à garantia de acesso à justiça para proteção de direitos humanos.

4.4 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NAS REGIÕES DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E PARAGUAI: DIFICULDADES FINANCEIRAS E A BUSCA POR SOLUÇÕES

Após delinear o contexto vivenciado na zona de fronteira entre o Estado de Mato Grosso do Sul e o Paraguai, analisar-se-á outro grande empecilho para a efetivação do direito à saúde: as limitações orçamentárias e eventuais tentativas de solucionar este problema quando os Entes federados brasileiros prestarem serviços públicos de saúde em favor de estrangeiros não residentes no Brasil.

As limitações orçamentárias sempre foram um empecilho para que os Estados conseguissem alcançar o seu principal objetivo: implementar de maneira universal os direitos humanos, assim, é necessário buscar alternativas teóricas e práticas para que o Estado não sucumba financeiramente.

4.4.1 Dificuldades e desafios à consecução de políticas do direito à saúde em regiões transfronteiriças: as questões de Direito Financeiro e a reserva do possível

Inicialmente, cumpre destacar que não é objetivo deste trabalho discorrer longamente sobre o Direito Financeiro. Contudo, faz-se necessário tecer breves comentários para facilitar a compreensão das dificuldades com que se depara o gestor público para a efetivação do direito à saúde, em especial nas zonas de fronteira.

O Direito Financeiro tem por finalidade básica regular a atividade financeira do Estado, isto é, disciplinar o orçamento, as receitas e as despesas públicas (Piscitelli, 2018, n. p.). Assim, sua regulamentação busca evitar que os gestores ajam de maneira inconsequente, penalizando toda a sociedade. Dentre os vários princípios que o norteiam, três são dignos de destaque: o princípio da legalidade, o princípio da anualidade orçamentária e o princípio do equilíbrio orçamentário.

O princípio da legalidade, de maneira ampla, decorre diretamente do Estado Democrático de Direito, de modo que o Estado somente pode agir embasado em uma lei que o legitime a tanto; mas especificamente no âmbito do financeiro, o princípio da legalidade determina que todo o orçamento público, a previsão de todos os gastos e receitas devem ser previamente aprovados por lei (Piscitelli, 2018, n. p.).

Sobre a anualidade orçamentária, Piscitelli (2018, n. p.) pontua:

Sendo assim, como regra, os orçamentos valerão para um único exercício financeiro, que, atualmente, compreende o intervalo entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano, nos termos do artigo 34 da Lei 4.320/1964. O objetivo é garantir que as contas públicas e as previsões respectivas sejam reavaliadas ano a ano, seja do ponto de vista político, pelas mãos do Congresso Nacional, que aprova a proposta orçamentária para o exercício seguinte e, assim, tem oportunidade de fiscalizar as contas do ano anterior, seja do ponto de vista financeiro, para representar o encerramento das atividades de obtenção de receitas e dispêndio de dinheiro público. A exigência da observância da anualidade encontra-se na redação do caput do artigo 2º da Lei 4.320/1964, ao lado dos princípios da unidade e universalidade.

Finalmente, o princípio do equilíbrio orçamentário diz respeito à exigência de que as previsões de receitas e despesas devam ser equivalentes, ou seja, o orçamento público não pode prever uma saída maior do que se projeta arrecadar dentro do exercício financeiro (Piscitelli, 2018, n. p.).

Nota-se, portanto, que o Direito Financeiro, é um ramo dotado de um certo engessamento, com regras verdadeiramente rígidas no que tange às destinações dos recursos públicos.

Em um primeiro olhar, pode parecer que esse engessamento é exagerado e apenas dificulta a gestão dos recursos financeiros. Contudo, estas regras têm por objetivo central evitar condutas irresponsáveis por parte dos gestores públicos, em detrimento de toda a sociedade.

Além disso, quando se olha para a América Latina como um todo, sobram exemplos de irresponsabilidade fiscal de gestores públicos, que acarretam danos ao conjunto da sociedade e que atravessam gerações. Assim, a irresponsabilidade fiscal e a ausência de um regramento orçamentário rígido têm o condão de ser muito mais prejudicial a uma sociedade do que os engessamentos orçamentários.

Neste contexto de limitações orçamentárias e da necessidade de o Estado satisfazer diversos direitos de segunda geração, que necessariamente envolvem a exigência de uma prestação positiva, um *facere*, por parte do Estado, surge a ideia do princípio da reserva do possível³⁰.

Sobre este princípio:

Em linhas gerais, o princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis (Silva, 2007, p. 26).

Esta ideia dialoga diretamente com o princípio do equilíbrio orçamentário, uma vez que os gastos públicos para a consecução de direitos humanos estarão sempre limitados à receita disponível, sob pena de o Estado sucumbir financeiramente e inviabilizar por completo a sua existência inclusive para a promoção de outros direitos humanos.

No mesmo sentido:

A reserva do possível constitui, em verdade (considerada toda a sua complexidade), espécie de limite jurídico e fático dos direitos fundamentais, mas também poderá atuar, em determinadas circunstâncias, como garantia dos direitos fundamentais, por exemplo, na hipótese de conflito de direitos, quando se cuidar da invocação - desde que observados os critérios da proporcionalidade e da garantia do mínimo existencial em relação a todos os direitos fundamentais - da indisponibilidade de recursos com o intuito de salvaguardar o núcleo essencial de outro direito fundamental (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 30).

Assim, considerando a limitação dos recursos públicos (que na verdade são escassos, quando comparados com a procura pelos serviços públicos), e as altas demandas por saúde nas zonas de fronteira por brasileiros e por estrangeiros, tem-se um verdadeiro caos

³⁰Esta teoria tem origem na doutrina alemã, onde é chamada de “*Vorbehalt des finanziell Möglichen*”.

orçamentário e uma enorme dificuldade para a efetivação do direito humano à saúde nestas regiões.

Como já demonstrado anteriormente, o ente federado situado na região fronteira possui uma demanda verdadeira muito maior do que aquela estimada pelos dados oficiais, o que acarreta uma desproporcionalidade entre o orçamento direcionado e a efetiva prestação dos serviços de saúde. Esta é a realidade dos Municípios da zona de fronteira seca entre o Mato Grosso do Sul e o Paraguai.

Por fim, tem-se que este desequilíbrio financeiro prejudica fixar com clareza os parâmetros para delimitação da “reserva do possível” até mesmo para os brasileiros usuários dos serviços públicos de saúde da região, de modo que se faz necessário buscar meios de equacionar estas contas.

Como já exposto, um dos principais empecilhos existentes para a prestação dos serviços públicos de saúde aos estrangeiros não residentes no país é de ordem financeira. Nesse diapasão, Gadelha e Costa (2007, p. 216) pontuam que nos repasses financeiros aos Municípios não é levado em conta os estrangeiros não residentes.

Assim, essa precarização e até mesmo esquiva dos Municípios em atender estrangeiros pelo SUS tem como principal fator a ausência de recursos técnicos e financeiros, conforme aponta Dal Prá (2009, p. 10). Sobre o tema, Flávia (2018, p. 43) adverte que “o crescimento de custos financeiros para os municípios, em razão do atendimento a não residentes, é um dos mais relevantes estrangulamentos nas tentativas de integração”.

É fácil perceber que a distribuição do ônus decorrente do atendimento de saúde entre os Estados Nacionais se impõe como forma de equilibrar a gestão orçamentária dos entes federativos envolvidos. É o que se passa a analisar a seguir.

4.4.2 A possibilidade do ressarcimento internacional no caso de prestação de serviços de saúde em favor de um estrangeiro

Em nosso sistema jurídico não há previsão de cobrança pela prestação de serviço público na área da saúde. Isso não significa, contudo, que não haja um custo a ser suportado por alguém. Evidentemente há gasto público cuja fonte de custeio é a receita obtida com os tributos que o Poder Público arrecada. Daí surge a sustentabilidade de um serviço público gratuito: a própria população custeia o seu funcionamento a partir dos tributos que são exigidos das mais diversas e criativas formas.

Ocorre que os estrangeiros não residentes no Brasil, em regra, não são contribuintes, ou seja, não recolhem tributos em favor dos entes federativos do Brasil. Portanto, o atendimento destes estrangeiros gera necessariamente algum tipo de desequilíbrio financeiro, uma vez que usufruem do serviço público, sem contribuir para o seu custeio.

No segundo capítulo deste trabalho, fez-se menção à necessidade de construir constantes diálogos interjudiciais, o que também vai ao encontro do modelo do Estado Constitucional Cooperativo. Nesse processo, mencionou-se que, em regra, as cortes nacionais são influenciadas pelas teorias e posições adotadas pelas cortes internacionais (no caso, a Corte IDH) e sugeriu-se que o diálogo possa também ocorrer na via reversa, em que a corte internacional adota modelos e paradigmas adotados por uma corte nacional.

Assim, entende-se necessário, seja no âmbito da CIDH ou da Corte IDH, a construção de mecanismos de ressarcimento internacional no caso de atendimento pelo sistema público de saúde de um Estado americano de estrangeiros oriundos de outro Estado, tal como ocorreu após a evolução da jurisprudência dos tribunais superiores no Brasil.

Como já apontado anteriormente, após anos de ausência de qualquer mecanismo efetivo de ressarcimento interfederativo, sobreveio determinação da Suprema Corte que resultou na regulamentação do processo de ressarcimento entre os entes federados quando um deles houver suportado um ônus financeiro que não lhe cabia em razão de condenação judicial prestacional de saúde.

O objetivo do STF foi claro, vale dizer, evitar desequilíbrios financeiros entre os Entes federados e, ao mesmo tempo, garantir a efetividade do direito humano à saúde.

No âmbito do SIDH, a lógica deveria ser a mesma, pois nenhum país pode se esquivar da obrigação de garantir o direito à saúde de um indivíduo oriundo de qualquer Estado americano, mesmo que se trate de um estrangeiro não residente no país. Contudo, para se evitar desequilíbrios financeiros, deve-se criar um caminho para que haja o ressarcimento entre as nações.

Dito isso, vale lembrar que o Estado do Paraguai é signatário da Convenção Americana Sobre Direitos Humanos e aderiu à jurisdição da Corte IDH, portanto aplica-se a ele o que já foi exposto anteriormente sobre a justiciabilidade do direito à saúde. Nesse contexto, verifica-se que quando um estrangeiro paraguaio se desloca até o Brasil, na busca de um serviço público de saúde, há, antes de tudo, uma violação de direitos humanos do Paraguai para com o seu nacional. Isso porque os estrangeiros buscam no Brasil aqueles serviços que não são ofertados no seu Estado de origem.

Assim, quando o Brasil promove o direito à saúde a um estrangeiro paraguaio por meio do SUS, acaba por substituir o Paraguai em seu dever internacional de promover o atendimento dos seus nacionais.

Há, nesse contexto, um desequilíbrio financeiro significativo, posto que o estrangeiro é um contribuinte para o seu Estado de origem, mas usufrui de serviços públicos prestados no Brasil, para cujo sistema público de saúde não contribui. Nesses casos, o ressarcimento internacional mostra-se uma alternativa juridicamente viável, com fundamentos sólidos que a justificam, notadamente os tratados internacionais de que o Brasil é signatário e o paradigma do Estado Constitucional Cooperativo.

CONCLUSÃO

Como esboçado na introdução, este trabalho surgiu a partir de um problema concreto que se manifesta de maneira especialmente intensa na fronteira entre o Brasil e o Paraguai, que é a demanda por estrangeiros de atendimento no sistema público de saúde brasileira, cuja solução encontra enormes dificuldades administrativas e financeiras, agravada pela completa ausência de mecanismos jurídicos claros para solucionar os conflitos decorrentes dessa situação.

Na fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai, inteiramente situada no Estado de Mato Grosso do Sul, o problema apresenta maior intensidade, tendo em vista a fluidez com que os estrangeiros ultrapassam a fronteira e se deslocam até os postos de atendimentos de saúde pública. Com efeito, o Brasil faz fronteira com o Paraguai ao longo 1.365,4 km, dos quais 928,5 km são delimitados por rios e 436,9 km por divisor de águas ou espigão, denominada fronteira seca.

A divisa entre o Estado de Mato Grosso do Sul e o Paraguai tem 1.131 km de extensão, sendo que nesta unidade da federação localiza-se a totalidade da chamada fronteira seca entre os dois Estados, desprovida de qualquer obstáculo natural para transpor a linha que divide os dois Estados.

A principal característica dessa região da fronteira é a facilidade e fluidez com que os estrangeiros trespassam seus limites, sendo quase impossível fiscalizar e mensurar o número exato deste fluxo sem a colocação de barreiras físicas. Dos doze Municípios Sul-mato-grossenses que fazem divisa com o Paraguai, nove tem seu território totalmente localizado na chamada fronteira seca, quais sejam, Antônio João, Ponta Porã, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Sete Quedas, Japorã e Mundo Novo. Desses, quatro possuem grande potencial de integração econômica e cultural, sendo chamados de cidades gêmeas: Ponta Porã, Aral Moreira, Paranhos e Mundo Novo.

O fluxo de estrangeiros que cruzam a fronteira em busca de serviços de saúde é intenso e tem aumentado, em razão de o Brasil possuir um sistema de saúde pública constitucionalmente gratuito e universal. Diante desse contexto, a região de fronteira objeto deste estudo destaca-se pela elevada demanda de atendimento por estrangeiros, o que atrai a incidência das normas de direito internacional.

No primeiro capítulo deste trabalho, estudou-se o direito à saúde sob o prisma dos direitos humanos. No plano internacional, o direito à saúde se insere no grupo dos direitos humanos de segunda geração, que abrangem os direitos econômicos, sociais e culturais. Esta

geração relaciona-se com a concepção de Estado de bem-estar social, que passa a ser não apenas um Estado liberal abstencionista, mas agora tende a ser também provedor das necessidades básicas dos cidadãos.

Os mais importantes marcos do reconhecimento internacional da relevância do direito à saúde no plano global foram a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, seguido por sua previsão na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948 e por sua inclusão no Pacto Internacional dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais (PIDESC) em 1966.

No âmbito regional americano, os direitos sociais, culturais e econômicos foram previstos de maneira genérica na Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) de 1969 e posteriormente detalhados em 1988 pelo Protocolo Adicional à Convenção, conhecido como Protocolo de San Salvador, cujo artigo 10 define o direito à saúde como “o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”.

No plano do direito interno brasileiro, verifica-se que está previsto no art. 6º da Constituição Federal Brasileira, dentro do rol dos direitos sociais, bem como entre os art. 196 e 200, em uma seção reservado especificamente à saúde. A constituição brasileira estabeleceu que o direito à saúde será prestado pelo Estado através do SUS, que será responsável por prestar os serviços públicos de saúde de modo universal, igualitário e gratuito a todos, cujo dever de concretização é comum a todos os entes federados.

O segundo capítulo foi dedicado ao Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos (SIDH), que tem um papel fundamental na proteção do direito à saúde no âmbito regional. No contexto de desenvolvimento de um sistema regional de proteção dos direitos humanos, a OEA aprovou a CADH, instrumento central do SIDH, que assegura principalmente direitos civis e políticos e obriga os Estados signatários a garantirem a sua execução, bem como determina que seus Estados-membros promovam progressivamente os direitos sociais, culturais e econômicos, contemplados pelo Protocolo de San Salvador.

Para alcançar seus objetivos, o SIDH é composto de dois órgãos centrais: A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). O primeiro órgão tem enfoque em uma atuação consultiva, bem como atua realizando uma análise prévia de eventuais violações de direitos humanos praticada por Estados-membros da CADH, podendo poderá instaurar procedimento interno contra o Estado ou ainda processá-lo na Corte IDH. O segundo órgão tem como função a atuação jurisdicional dentro do SIDH, com competência para atuar tanto de modo consultivo quanto contencioso, de modo que esta última atuação depende da adesão expressa do Estado-membro, já a atuação

consultiva pode ser provocada por qualquer Estado-membro da OEA, mesmo que não seja signatário da CADH, podendo consultar a Corte solicitando um parecer a respeito da proteção dos direitos humanos.

Segundo a posição dominante no STF atualmente, a CADH tem possui caráter supra legal, mas não constitucional, sendo possível, em caso de descumprimento das normas de direitos humanos nela previstas, o exercício do controle de convencionalidade pelo Poder Judiciário. Seguindo essa linha de compreensão, de maneira ampliativa, pode-se afirmar que as decisões da Corte IDH também são dotadas de supra legalidade, de modo que seria possível o controle de convencionalidade em caso de descumprimento de uma decisão da Corte IDH.

A Corte IDH, em seus julgados mais recentes, tem interpretado que os direitos sociais, incluindo o direito à saúde, possuem justiciabilidade direta, em razão da conjugação dos artigos 26 e 29 da Convenção Americana. Esse reconhecimento no âmbito do SIDH é um grande avanço à proteção dos direitos sociais no âmbito internacional. Reconhece-se, portanto, a obrigação de todos os Estados signatários da CADH de efetivar o direito à saúde internamente, sob pena de sofrerem sanções no âmbito regional.

No terceiro capítulo, dedicado a compreender os mecanismos de cooperação internacional para efetivação do direito à saúde, constatou-se que a ascensão dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos e a busca da superação do antigo conceito de soberania estatal é fruto mais de uma imposição da realidade do que de uma formulação teórica. Neste novo cenário, a forma que o Estado age com seus nacionais deixa de ser apenas um problema interno, passando a ser de interesse do direito internacional. E será perante as entidades do direito internacional que o Estado deverá prestar contas sempre que descumprir os padrões (*standards*) universais de proteção aos direitos humanos.

Diante deste contexto de alterações da realidade fática, abandonar a visão clássica e estadocêntrica do Direito Internacional é uma necessidade para que o Direito acompanhe a peculiaridade transfronteiriça dos problemas para efetivação dos direitos humanos. Além disso, com a ascensão do direito internacional e dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos, o Estado Nacional deixou de ser o único protagonista na edição de normas, passando a ter que sujeitar os seus atos internos às disposições internacionais, ressignificando a ideia de soberania estatal.

Desse modo, a efetivação dos direitos humanos pressupõe a superação do paradigma da soberania dos Estados, o que pode ser observado atualmente nos Estados que adotam cartas constitucionais que instituem um Estado Democrático de Direito, em que os poderes devem se

sujeitar à lei e às normas do direito internacional. Surge então a possibilidade de reconhecimento de uma cidadania regional americana, com base nos tratados regionais sobre direitos humanos, com a finalidade de garantir máxima efetividade destes direitos.

Não se pode perder de vista que existe um dever geral de todos os Estados-partes da Convenção Americana de Direitos Humanos para com a efetivação dos direitos humanos dentro do continente americano. Ou seja, retomando a ideia de supremacia dos direitos humanos, tem-se que o sistema interamericano pretende, acima de tudo, garantir sua efetivação dentro do continente, de modo que o reconhecimento de uma cidadania regional é um dos primeiros passos para se alcançar este objetivo.

Nesta busca de um novo modelo de Estado capaz de dar efetividade aos direitos humanos, surge o ideal do Estado constitucional cooperativo, teorizado por Peter Häberle, que constitui uma forma de organização estatal baseada na cooperação, na solidariedade e na responsabilidade internacional, em que os Estados mutuamente se ajudam e se influenciam, com o objetivo de garantir a efetividade dos direitos fundamentais.

No quarto capítulo adentrou-se especificamente no tema central deste trabalho, a efetivação do direito à saúde aos estrangeiros não residentes no Brasil na região de fronteira entre o Brasil e o Paraguai no Estado de Mato Grosso do Sul.

À luz da jurisprudência do STF na interpretação do texto constitucional, no plano interno, e por força de disposições convencionais de que o Brasil é signatário, no plano dos direitos humanos, é possível afirmar que o Poder Público do Estado de Mato Grosso do Sul e de seus respectivos municípios, devem assegurar a prestação dos serviços de saúde pública aos estrangeiros, ainda que não residentes no Brasil, na região da fronteira.

Um dever derivado do art. 26 da CADH é que os Estados-Partes cooperem entre si para a efetivação dos direitos sociais, que abrange o direito à saúde, o que permite dialogar com o modelo do Estado Constitucional Cooperativo, o qual pode ser uma alternativa eficaz para a garantia do direito humano à saúde, principalmente na região de fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai, no Estado de Mato Grosso do Sul.

Foram analisadas as dificuldades inerentes à efetivação do direito à saúde decorrentes de limitações orçamentárias e da necessidade de aplicação da reserva do possível, que se intensifica nas regiões de fronteira, e concluiu-se que, nas situações em que o Estado brasileiro arque com as despesas para efetivação do direito à saúde de estrangeiros, existem fundamentos jurídicos para se buscar o ressarcimento no âmbito internacional.

Importante mencionar uma lacuna existente na pesquisa, que é a ausência de bibliografia contendo dados gerenciais sobre ações judiciais intentadas por estrangeiros

envolvendo o direito à saúde. Neste ponto, sugere-se a realização de futuras pesquisas com foco em quantificar e analisar qualitativamente as demandas envolvendo o acesso de estrangeiros ao sistema de justiça brasileiro.

À guisa de considerações finais, sustenta-se que a CADH e o Protocolo de San Salvador, assegura o direito à saúde prestado de maneira pública e gratuita no Brasil aos cidadãos paraguaios na região estudada, sendo possível o reconhecimento de uma cidadania regional, sem exclusão da cidadania nacional.

Além disso, o Acordo de Cooperação e Assistência Jurisdicional em Matéria Civil, Comercial, Trabalhista e Administrativa entre os Estados Partes do Mercosul, a República da Bolívia e a República do Chile autoriza, especificamente em relação aos estrangeiros residentes na região da fronteira objeto deste trabalho, o acesso ao sistema de justiça nacional em igualdade de condições com os cidadãos brasileiros.

Notou-se, contudo, um estado de coisas inconveniente diante da fixação da competência da Justiça Federal para processar e julgar tais ações, de modo que deve ser reconhecida a competência da Justiça Comum Estadual, como mecanismo de garantir efetividade do direito à saúde em favor dos estrangeiros na região da fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai.

Por fim, sugere-se a criação de mecanismos, por intermédio do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, que viabilizem o ressarcimento internacional quando o Brasil prestar atendimento de saúde a estrangeiros residentes no Paraguai, tendo em vista que a demanda por atendimento no sistema público de saúde por estrangeiro não residente decorre do descumprimento do dever de promoção desse direito pelo referido Estado.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**: Volume 1. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733587/mod_resource/content/2/Teoria%20Geral%20do%20Direito%20Sanitário.pdf. Acesso em: 09 dez. 2023.
- ALVARADO, Paola Andrea Acosta. **Del dialogo interjudicial a la constitucionalización del derecho internacional**. 2015. 368 f. Tese (Doutorado em Direito e Relações Internacionais) – Universidade Complutense de Madrid. 2015. Disponível em: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/ca1dddc3-84ea-45c0-a23c-b1344cd5f7b7/content>. Acesso em: 01 out. 2023
- BARRIQUELLO, Carolina Andrade; KRAWCZAK, Kaoanne Wolf; STURZA, Janaína Machado. Uma " Moeda de Troca" nas Penitenciárias: o direito à saúde dos transexuais no sistema carcerário brasileiro. **Salão do Conhecimento**, 2017. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/7860>. Acesso em: 24 nov. 2022.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar., 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- BENEVIDES, Maria Victoria. Educação em direitos humanos: de que se trata. In: BARBOSA, Raquel Lazzari Leite (org.). **Formação de educadores**: desafios e perspectivas. São Paulo/SP: Editora UNESP, 2003, p. 309-318.
- BISCOLA, Raquel Viegas Carvalho de Siqueira; CAMPELLO, Livia Gaigher Bosio; SILVEIRA, Vladmir Oliveira da. O Direito ao Meio Ambiente sob a Perspectiva do Princípio da Solidariedade Intergeracional e da Cooperação Solidária. **Revista Argumentum**, v. 23, n. 1, p. 17-40, 2022. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/1692>. Acesso em: 11 dez. 2022.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo/SP: Campus, 2004.
- BORGES, Rosa Maria Zaia; BRASIL, Paula Zambelli Salgado. Cidadania Regional Sulamericana: desafios e perspectivas de um projeto decolonial de efetivação de direitos humanos. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade - REDES**, v. 7, n. 3, p. 149, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/redes/article/view/4947>. Acesso em: 12 out. 2023.
- BOSA, Anderson Carlos; MAAS, Rosana Helena. A justiciabilidade do direito à saúde na Corte Interamericana de Direitos Humanos: uma análise do caso Poblete Vilches vs. Chile. **Revista UniRios**, v. 15, p. 258-278, 2021. Disponível em:

<https://www.unirios.edu.br/revistarios/internas/conteudo/resumo.php?id=633>. Acesso em: 12 out. 2023.

BRANCO, Marisa Lucena; TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 932–945, 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i2.133. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/133>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Competência delegada: uma comparação entre a Justiça Estadual e a Justiça Federal nas ações judiciais de direito previdenciário. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2020. Disponível em: <https://www.ieprev.com.br/assets/docs/RelatorioCompetenciaDelegada.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Justiça em números 2021. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/572>. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 133, de 2022**. Aprova o texto do Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, assinado em Brasília, em 23 de novembro de 2017.. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2022/decretolegislativo-133-13-outubro-2022-793318-norma-pl.html>. Acesso em: 03 mar 2024.

BRASIL. **Decreto nº 11.859, de 26 de dezembro de 2023**. Promulga o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado em Brasília, em 23 de novembro de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11859.htm. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 18.956, de 22 de outubro de 1929**. Promulga seis convenções de direito internacional público, aprovadas pela Sexta Conferência internacional americana. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-18956-22-outubro-1929-549004-publicacaooriginal-64267-pe.html>. Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948**. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 20 ago 2023.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 20 ago 2023.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 20 ago 2023.

BRASIL. **Decreto nº 6.185, de 13 de agosto de 2007**. Autoriza a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República a dar cumprimento à sentença exarada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6185.htm. Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 6.891, de 02 de julho de 2009**. Promulga o Acordo de Cooperação e Assistência Jurisdicional em Matéria Civil, Comercial, Trabalhista e Administrativa entre os Estados Partes do Mercosul, a República da Bolívia e a República do Chile. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6891.htm. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE atualiza municípios de fronteira e defrontantes com o mar devido a mudanças de limites. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31090-ibge-atualiza-municipios-de-fronteira-e-defrontantes-com-o-mar-devido-a-mudancas-de-limites>. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 ago 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 02 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/Introducao-e-antecedentes.pdf>. Acesso em: 10 mar 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024**. Dispõe sobre regras procedimentais para o ressarcimento interfederativo relativo a valores financeiros despendidos decorrentes de ordens judiciais referentes a fornecimento de medicamentos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6212_20_12_2024.html. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Conflito de Competência n. 37717/SP**. Terceira Seção. Relator Ministro Hamilton Carvalhido. Brasília, 08 out. 2003.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Incidente de Assunção de Competência n. 14**. Primeira Seção. Relator Gurgel de Faria. Brasília, 13 jun. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Incidente de Assunção de Competência n. 14**. Primeira Seção. Relator Gurgel de Faria. Brasília, 12 abr. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Incidente de Assunção de Competência n. 14**. Primeira Seção. Relator Gurgel de Faria. Brasília, 09 dez. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1657156/RJ**. Primeira Seção. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Brasília, 25 abr. 2018. DJE de 04/05/2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 94016/SP**. Segunda Turma. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília, 16 set. 2008. DJe-38 de 27 fev. 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Especial n. 1366243/SC – Tema de Repercussão Geral 1234**. Plenário. Relator Ministro Gilmar Mendes. Brasília, 13 set. 2024. DJE de 19/09/2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Especial n. 855178/SE – Tema de Repercussão Geral 793**. Plenário. Relator Ministro Luiz Fux. Brasília, 23 mai. 2019. DJE de 03/06/2019.

BRUFATTO, João José; MIELE, Aluísio de Freitas. A evolução do sistema interamericano de direitos humanos através da aplicação do direito à saúde como norma positiva de *jus cogens*. **E-Civitas – Revista Científica do Curso de Direito do UNIBH** – Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcjpg/article/view/2924>. Acesso em: 10 out. 2023.

CAMIN, Gustavo Vinícius; FACHIN, Zulmar. Teoria dos direitos fundamentais: primeiras reflexões. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 15, n. 1, p. 41-54, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/3887>. Acesso em: 21 fev. 2025.

CAMPELLO, Livia Gaigher. Meio Ambiente e Estado Constitucional Cooperativo. **Revista Thesis Juris**, v. 2, n. 2, p. 353-378, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/9201/4004>. Acesso em: 07 fev. 2023.

CARBONE, Diego Cassiano Lorenzoni. A competência delegada na tutela da saúde. **Revista da AJURIS**, v. 40, n. 129, p. 63-82, mar. 2013. Disponível em:

<http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/308/243>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CARVALHO, Luciani Coimbra de; CALIXTO, Angela Jank. Diálogos interjudiciais: a obrigatoriedade de seu desenvolvimento no Sistema Interamericano De Proteção Dos Direitos Humanos. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. e30919, 2019. DOI: 10.5902/1981369430919. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/30919>. Acesso em: 3 out. 2023.

COMPARATO, Fabio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo/SP: Saraiva, 2010.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Instituto de Reeducação e Menor Vs. Paraguai (exceções preliminares, mérito, reparações e custas). Sentença de 2 de setembro de 2004. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_112_por.pdf. Acesso em: 08 out. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador (fundo, reparações e custas). Sentença de 22 de novembro de 2007. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf. Acesso em: 08 out. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentença de 8 março de 2018. Disponível em: https://www.Corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

COSTA, Andréia da Silva. A harmonização entre Direito Interno e Internacional de Proteção dos Direitos Humanos no Sistema Interamericano: margem de apreciação, aderência nacional ou convergências paralelas?. In: LOPES, Ana Maria D'Ávila; LIMA, Martonio Mont'Alverne Barreto (orgs.). **A internalização de tratados internacionais de direitos humanos na América do Sul**. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2017, p. 47-60.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro/RJ: Lumen Juris, 2005.

DAL PRÁ, Keli Regina. **O direito à saúde da população trabalhadora: Um estudo na linha das fronteiras do Brasil com os países do MERCOSUL**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre/RS. 2009. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/457/1/422099.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

DIDIER JR., Fredie. **Curso de direito processual civil: introdução ao direito processual civil, parte geral e processo de conhecimento**. 21. ed. Salvador/BA: Ed. JusPodivm, 2019.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 5. ed. Rio de Janeiro/RJ: Revista dos Tribunais, 2014.

DINAMARCO, Cândido Rangel; BADARÓ, Gustavo Henrique Righi Ivahy; LOPES, Bruno Vasconcelos Carrilho. **Teoria geral do processo**. 33. ed., rev. e ampl. São Paulo/SP: Malheiros, 2021.

DIZ, Jamile Bergamaschine Mata; JAEGER JÚNIOR, Augusto. Por uma teoria jurídica da integração regional: a inter-relação direito interno, direito internacional público e direito da integração. **Revista de Direito Internacional**, Brasília/DF, v. 12, n. 2, 2015 p. 138-158.

FERRAJOLI, Luigi. **A soberania no mundo moderno**. São Paulo/SP: Martins Fontes, 2002.

FERRAJOLI, Luigi. **Derechos y garantías: la ley del más débil**. Trad. Andréa Greppi. Madrid: Alianza, 1999.

FERREIRA, Siddharta Legale; ARAÚJO, David Pereira de. O Estado de Coisas Inconvencional: trazendo a Corte Interamericana de Direitos Humanos para o debate sobre o sistema prisional brasileiro. **Revista Publicum**. Rio de Janeiro/RJ, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/publicum.2016.26042>. Acesso em: 23 ago. 2022.

FLAMIA, Cecí Maria Menezes do Nascimento e Medeiros. **O ACESSO DE ESTRANGEIROS AO SUS**. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Corumbá – MS. 2018. Disponível em: <https://ppgefcpn.ufms.br/files/2018/11/CECI-MARIA-1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

FOUCHER, Michel. **Obsessão por fronteiras**. Trad. Cecília Lopes. São Paulo/SP: Radical Livros, 2009.

FRANCO, Marcelo Veiga. Direitos humanos x direitos fundamentais: matriz histórica sob o prisma da tutela da dignidade da pessoa humana. In: OLIVEIRA, Márcio Luís de (org.). **O Sistema Interamericano de proteção dos direitos humanos: interface com o direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte/MG: Del Rey, 2007, p. 3-28.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde. **Pesquisa saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro/RJ: Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/relatorio_cnpq.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

GADELHA, Carlos Augusto Graboís.; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S214–S226, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400011>. Acesso em: 12 out. 2023.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S251–S266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 10 dez 2023.

GUERRA, Sidney. A nova lei de migração no Brasil: avanços e melhorias no campo dos direitos humanos / The new migration law in Brazil: progress and improvements in the field of human rights. **Revista de Direito da Cidade**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 1717–1737, 2017. DOI: 10.12957/rdc.2017.28937. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/rdc/article/view/28937>. Acesso em: 02 abr. 2025.

GUERRA, Sidney. Controle de Convencionalidade. **Revista Jurídica**, [S. l.], v. 1, n. 46, p. 1-21, jul. 2017. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1994>. Acesso em: 29 set. 2023.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Processo Constitucional e Direitos Fundamentais**. 7. ed. São Paulo/SP: SRS Editora, 2017.

HÄBERLE, Peter. **Estado Constitucional Cooperativo**. Trad. Marcos Maliska e Lisete Antoniuk. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2007.

HELD, David. A democracia, o estado-nação e o sistema global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 23, p. 145–194, mar. 1991.

JOSÉ SOBRINHO, Cicero; BARROS, Evandro da Silva; MARQUES, Heitor Romero. Bolivianos e paraguaios: o trabalho escravo de imigrantes em campo grande e o posicionamento do estado de Mato Grosso do Sul frente à rota do tráfico de pessoas. **Conteúdo Jurídico**, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/open-pdf/cj053216.pdf/consult/cj053216.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.

LAFER, Celso. **Hannah Arendt: Pensamento, persuasão e poder**. São Paulo/SP: Paz & Terra, 2018.

LEITÃO, André Studart. **Manual de direito previdenciário (livro eletrônico)**. 5. ed. São Paulo/SP: Saraiva Educação, 2018.

LOPES, Fernando Augusto Montai y. O financiamento pelos Estados de política pública de saúde de atribuição da União: a afronta às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal e à regra de ouro do Direito Financeiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. [S. l.], v. 8, n. 3, p. 89–101, 24 set. 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/555>. Acesso em: 23 ago. 2022.

MAAS, Rosana Helena; DAROIT, Ana Paula. A proteção interamericana do direito humano e social à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 13-31, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p13-31. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164199>. Acesso em: 07 out. 2023.

MALISKA, Marcos Augusto. A cooperação internacional para os direitos humanos entre o direito constitucional e o direito internacional: Desafios ao Estado Constitucional Cooperativo. **Revista Forense**, Rio de Janeiro, v. 391, p. 7016-7030, 2007. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/marcos_augusto_maliska.pdf. Acesso em: 07 fev. 2023.

MALUF, Sahid. **Teoria Geral do Estado**. 23. ed. São Paulo/SP: Saraiva, 1995.

MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Código de processo civil comentado artigo por artigo**. São Paulo/SP: Revista dos Tribunais, 2008.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo/SP: Atlas, 2014.

MATIAS, Eduardo Felipe Pérez. **A humanidade e suas fronteiras: do Estado soberano à sociedade global**. São Paulo/SP: Paz e Terra, 2015. Livro digital (E-pub).

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direito internacional público**. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo/SP: Revista dos Tribunais, 2011.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. 6. ed. Rio de Janeiro/RJ: Forense; São Paulo/SP: Métodos, 2019. Livro digital (E-pub).

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Rumo às Novas Relações entre o Direito Internacional dos Direitos Humanos e o Direito Interno: Da exclusão à coexistência, da intransigência ao diálogo das fontes**. Porto Alegre/RS, 2008, 265 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS. 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132783/000680945.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MEZZAROBBA, Orides; SILVEIRA, V. O. The principle of the dignity of human person: a reading of the effectiveness of citizenship and human rights through the challenges put forward by globalization. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 5, p. 273-293, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v5i1.54099>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MONDUZZI, Bárbara Menezes. Cogência e aplicabilidade das normas de direitos humanos. In: OLIVEIRA, Márcio Luís de (org.). **O Sistema Interamericano de proteção dos direitos humanos: interface com o direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte/MG: Del Rey, 2007, p. 337-348.

MONTORO, André Franco. **Introdução à ciência do direito**. 25. ed. São Paulo/SP: Revista dos Tribunais, 1999.

NASCIMENTO, Luciana Maira Diogo *et al.* Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para aumento das coberturas vacinais nas fronteiras. **Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]**, v. 48, p. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.31>. Acesso em: 29 nov. 2024.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de direito processual civil – Volume único**. 12. ed. Salvador/BA: JusPodivm, 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. A implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, Campinas/SP, v. 13, n. 2, p. 245–260, 2015. DOI: 10.20396/sss.v13i2.8634903. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 13 out. 2023.

OLIVEIRA, Heitor Moreira de; VASCONCELOS, Enderson Danilo Santos de. A competência delegada da Justiça Federal após a vigência da EC n. 103/2019, para além das causas de natureza previdenciária. **Revista Juscontemporânea do TRF2**, [S.l.], v. 2, p. 1-37, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.30749/2674-9734.v2n0a578>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 24 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econômicos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 22 de maio de 1969**. Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 23 ago. 2022.

PATROCÍNIO, Guilherme Mecelis do; MACEDO, Prof. Dr. Gustavo Carlos; RIZO, Sergio Avila. Geografia militar no Século Xxi: conflitos assimétricos na fronteira sul-mato-grossense. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão do Território - CONGEO**. Anais... São Paulo/SP, USP, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/1363315.4-4>. Acesso em: 21 fev. 2025.

PARANHOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº 001/2025**. Campo Grande/MS, 20 nov. 2024.

PEREIRA, Maria Augusta Capalbo. UMA ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DA FRONTEIRA EM MATO GROSSO DO SUL. In: AMARAL, Ana Paula Martins; CARVALHO, Luciani Coimbra de (org.). **Direito do estrangeiro ao Sistema Único de Saúde : um olhar para as fronteiras do MS**. Campo Grande/MS: Ed. UFMS, 2013, p. 71-83.

PÉREZ-LUNO, Antonio-Henrique. **La tercera Generación de derechos humanos**. The Global Law Collection, 2006.

PIFFER, Carla. Organizações Internacionais: um breve estudo sobre a Organização dos Estados Americanos. **Revista Eletrônica Direito e Política**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 1-14, 2015. DOI: 10.14210/rdp.v2n2.p1-14. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/rdp/article/view/7580>. Acesso em: 20 set. 2023.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano**. 5. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo/SP: Saraiva, 2014.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo/SP: Saraiva, 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 3. ed. São Paulo/SP: Saraiva, 2009.

PISCITELLI, Tathiane. **Direito financeiro**. 6. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro/RJ: Forense; São Paulo/SP: Método, 2018.

PONTA PORÃ. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº ___/2025**. Campo Grande/MS, 24 fev. 2024.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. Pouso Alegre/MG, 2012, 128 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre – MG. 2012. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/conteudo/dissertacoes/06aa78ed5854009fffcf0898ebae503b.pdf>. Acesso em: 23 ago, 2022.

RAMIRES, Rosana Laura de Castro Farias; GOMES, Evandro Pereira Guimarães Ferreira. Diálogo entre Cortes no controle difuso de convencionalidade: e o Papel do Judiciário Brasileiro no Cumprimento das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Interdisciplinar do Direito - Faculdade de Direito de Valença**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/FDV/article/view/92>. Acesso em: 3 out. 2023.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 1. ed. São Paulo/SP: Saraiva, 2014.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 7. ed. São Paulo/SP: Saraiva Educação, 2020. Livro digital (E-pub).

RAMOS, André de Carvalho. Supremo Tribunal Federal brasileiro e o controle de convencionalidade: levando a sério os tratados de direitos humanos. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 104, p. 241-286, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67857>. Acesso em: 29 set. 2023.

REIS, Rossana Rocha. Soberania, direitos humanos e migrações internacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 149–163, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092004000200009>. Acesso em: 09 dez. 2023.

ROCASOLANO, Maria Mendez; SILVEIRA, Vladimir Oliveira da. **Direitos Humanos: conceitos, significados e funções**. São Paulo/SP: Saraiva, 2010.

SABINO, Gisa Carina Gadelha. Um necessário reexame da competência federal delegada à luz da competência adequada e da cooperação judiciária nacional, **Grupos de Estudos da EJEF, Biblioteca Digital do TJMG**, abr. 2022. Disponível em: <https://ejef.tjmg.jus.br/wp-content/uploads/2022/06/Um-necessario-reexame-da-competencia-federal-delegada-a-luz-da-competencia-adequada-e-da-cooperacao-judiciaria-nacional.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SANTIN, Janaína Rigo; MARCANTE, Sheron. Direitos humanos e cidadania: a participação no Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos. **Revista do Direito**, p. 149-177, 20 jul. 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/3109>. Acesso em: 09 dez. 2023.

SANTOS, Juliana Corbacho Neves Dos. Limites e possibilidades da responsabilização do indivíduo no direito internacional e no direito interno. **Revista de Direito Internacional**, v. 8, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/rdi/article/view/1545>. Acesso em: 12 out. 2023.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807-818, 18 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113018>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2008. p. 11-53.

SCHÄFER, Jairo. **Classificação dos direitos fundamentais: do sistema geracional ao sistema unitário: uma proposta de compreensão**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2013.

SCHULZE, Clenio Jair. **Novos parâmetros para a judicialização da saúde: critérios para a teoria da decisão judicial**. Itajaí/SC, 2019. 226 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Ciência Jurídica, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, 2019. Disponível em: <https://www.univali.br/Lists/TrabalhosDoutorado/Attachments/256/TESE%20-%20CLENIO%20JAIR%20SCHULZE.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SETE QUEDAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº 540/2024/SMS/SQ/MS**. Sete Quedas/MS, 28 nov. 2024.

SILVA, Aguinaldo; SILVA, Camilo Henrique. Fronteira Brasil-Paraguai. **Revista GeoPantanal**, v. 17, n. 33, p. 155-166, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.55028/geop.v17i33.17438>. Acesso em: 21 fev. 2025.

SILVA, Livia Matias de Souza. Soberania: uma reconstrução do princípio, da origem à pós-modernidade. In: OLIVEIRA, Márcio Luís de (org.). **O Sistema Interamericano de proteção dos direitos humanos: interface com o direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte/MG: Del Rey, 2007, p. 3-28.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 4–22, 2017. DOI: 10.21680/1982-310X.2016v9n2ID12251. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>. Acesso em: 12 set. 2023.

SILVEIRA, Vladmir Oliveira; CONTIPELLI, Ernani. Direitos humanos econômicos na perspectiva da solidariedade: desenvolvimento integral. In: **XVI Encontro Nacional CONPEDI**, 2008, Salvador – BA. Anais XVI Encontro Nacional do CONPEDI, 2008.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. Apresentação. In: PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O Direito Humano à Saúde no Direito Internacional**: Efetivação por meio da cooperação sanitária. São Paulo/SP, 2010. 374 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP. 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-14032011-154326/publico/Tese_de_Doutorado_Marco_A_A_Torrenteguy.pdf. Acesso em: 11 ago, 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MATO GROSSO DO SUL. **tjms.jus.br**. Comarcas Mapa. Disponível em: <https://www.tjms.jus.br/comarcas>. Acesso em: 21 fev. 2025.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO. **trf3.jus.br**. Justiça Federal da 3ª Região Seções Judiciárias dos Estados de São Paulo e de Mato Grosso do Sul Jurisdição das Varas Federais e dos Juizados Especiais Federais. Disponível em: https://www.trf3.jus.br/documentos/adeg/Mapas_das_Secoas_Judiciarias/Mapa_das_Secoas_Judiciarias.pdf. Acesso em: 21 fev. 2025.

WAMBIER, Luiz Rodrigues. **Curso avançado de processo civil, volume 1**: teoria geral do processo de conhecimento. 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo/SP: Revista dos Tribunais, 2007.