
A SAÚDE PÚBLICA NA FRONTEIRA BRASIL- URUGUAI

PUBLIC HEALTH ON BRAZIL-URUGUAY BORDER

Alice Prezotto Iankowski

Procuradora da Fazenda Nacional em Santana do Livramento/RS

SUMÁRIO: 1 Breves considerações acerca no direito à saúde no ordenamento jurídico nacional; 2 Brasil-Uruguai – Peculiaridades da fronteira; 3 O atendimento a estrangeiros pelo SUS. SIS-Fronteiras; 4 O Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde; 5 Conclusões; Referências.

RESUMO: Este artigo destina-se ao exame do direito à saúde pública na região de fronteira Brasil-Uruguaí relativamente à demanda por estrangeiros não residentes aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS e à prestação de serviços de saúde nos termos do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para proteção de Serviço de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Fronteira Brasil – Uruguaí. SUS. Tratado Internacional.

ABSTRACT: This article examines the right to public health on the border Brazil-Uruguay, considering the demand for Brazilian public health services (SUS) by non-resident foreigners and the supply of health services regulated by the Complementary Adjustment to the Agreement for Permission of Residence, Study and Work to Brazilian and Uruguay border-resident citizens for Supply of Health Services.

KEYWORDS: Right to Health. Brazil-Uruguay Border. SUS. International Agreement.

1 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA NO DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO NACIONAL

O art. 6º da CF/88 estabelece a saúde como direito social¹. Não obstante, o direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, estes últimos inseridos no título dos direitos e garantias fundamentais e dos princípios fundamentais da República (art. 5º, caput e art. 1º, III), de forma que o direito à saúde é qualificado, indiretamente, como um direito fundamental, com aplicação imediata (CF, art. 5º, § 1º).

E, na medida em que qualificado como direito fundamental², ao direito à saúde aplicam-se as técnicas interpretativas próprias dos direitos fundamentais, tais como a máxima eficácia e a vedação do retrocesso.

Ainda, o direito à saúde encontra-se sujeito à cláusula geral de abertura prevista no § 2º do artigo 5º da Constituição, que estabelece que “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.” Referido dispositivo assegura, de forma ampla, a possibilidade de alargamento das medidas assecuratórias de direitos fundamentais que venham a ser estabelecidas em tratados internacionais firmados pelo Brasil, que podem ser tanto de natureza judicial como administrativa³.

Conforme salientando por SARLET e FIGUEIREDO⁴:

[...] a concepção larga do direito à saúde, na esteira da consagração de outros direitos fundamentais sociais, tem sido

1 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.

2 “[...] o direito à vida e à saúde [...] aparecem como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. [...] No mesmo sentido, proclama Sebastião Tojal a finalidade pública das normas que devem reger a saúde pública, afirmando que qualquer iniciativa que contrarie tais formulações há de ser repelida veementemente, até porque fere ela, no limite, um direito fundamental da pessoa humana. MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional*. São Paulo: Atlas, 6. ed. 2006. p. 2095.

3 KRIEGER, Belmiro Tadeu Nascimento. Garantia fundamental ao direito fundamental à saúde: implementação por acordo (Brasil – Uruguai). *Revista de Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre, n. 59, abr. 2014. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao059/Belmiro_Krieger.html>. Acesso em: 24 set. 2014.

4 SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchiner. *Algumas Considerações Sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988* (online). Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em: set. 2014.

objeto de uma constante abertura ao Direito Internacional, cujas normas passam, assim, a dialogar com o sistema constitucional pátrio. Nesse sentido, e no que concerne ao direito à saúde, destacam-se alguns dispositivos protetivos, entre os quais [...]: Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (DUDH/ONU), de 1948, arts. 22 e 25 [...], Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1966, art. 12 [...]; Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecido como “Pacto de São José da Costa Rica”, arts. 4º e 5º; Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o denominado “Protocolo de São Salvador”, art. 10; Declaração de Alma Ata, de 1978, item I [...].

Para a finalidade do presente trabalho, examina-se o direito à saúde em sua vertente positiva⁵, prestacional, que impõe ao Estado a atuação concreta na realização do direito constitucionalmente assegurado. E, em que pese a proteção e a promoção à saúde englobem diversos âmbitos de atuação do Estado (saneamento básico, prevenção de doenças, boa alimentação, segurança pública, meio ambiente), analisa-se o direito ao acesso ao serviço público de saúde.

Com efeito, o artigo 196 da CF estabelece que cabe ao Estado a prestação do serviço público de saúde (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).

As ações e serviços públicos de saúde no Brasil integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único⁶, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF, arts. 198, caput e § 1º).

O Sistema Único de Saúde – SUS veio a ser regulamentado pela Lei nº 8.080/90. Em seu art. 2º e seu parágrafo primeiro, o ato normativo dispõe:

5 SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2010. p. 207.

6 “A dimensão objetiva do direito à saúde [...] densifica-se de modo especial e relevante pela institucionalização constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que assume a condição, na ordem jurídico-constitucional brasileira, de autêntica garantia institucional fundamental.” SARLET e FIGUEIREDO, *op. cit.*, p. 11.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

2 BRASIL-URUGUAI – PECULIARIDADES DA FRONTEIRA

A linha divisória da fronteira Brasil-Uruguai se estende por 1.069 quilômetros, sendo 320 quilômetros de fronteira seca. Os municípios limítrofes ao país vizinho estão localizados todos no estado do Rio Grande do Sul, no total de onze: Quaraí, Uruguaiana, Barra do Quaraí, Aceguá, Bagé, Dom Pedrito, Jaguarão, Erval, Santa Vitória do Palmar, Chuí e Santana do Livramento. Dentre estas localidades, há seis pontos de contato entre os países, sendo três contíguos: Santana do Livramento (Brasil)/Rivera (Uruguai); Chuí (Brasil)/Chuy (Uruguai); e Aceguá (Brasil)/Aceguá (Uruguai), formando verdadeiras conurbações internacionais. Os três outros limites se dão por pontes: Quaraí(Brasil)/Artigas (Uruguai); Barra do Quaraí (Brasil)/Bella Unión (Uruguai) e Jaguarão (Brasil) e Rio Branco (Uruguai). Conforme salientado por PUCCI:

nenhuma grande cadeia de montanhas, nenhum intransponível curso d'água, nenhum deserto ou pantanal inabitável separam o Brasil do Uruguai. E, ao revés, tudo concorreu para aproximar cultural, social e economicamente os dois povos; o resultado final foi uma área de interação intensa.

A histórica relação do Brasil com o Uruguai em termos político-econômicos, aliada à singularidade geográfica da região, sem barreiras físicas à interação humana, possibilitou o surgimento de uma autêntica comunidade fronteiriça, em que os limites de nacionalidade tornaram-se progressivamente mais fluidos. Com efeito, são corriqueiros os casamentos entre nacionais de ambos os países, o comércio de subsistência transfronteiriço, baseado na oscilação cambial, a frequência a estabelecimentos de ensino e o trabalho na localidade internacional

vizinha, a influência cultural recíproca e a original integração linguística, com o uso corrente do dialeto comumente denominado portunhol⁸.

A singularidade da fronteira Brasil-Uruguai, a mais porosa e interativa do perímetro terrestre brasileiro, faz de suas instituições, potencialmente, modelos a serem replicados com outros países vizinhos. Com efeito, “a integração fronteiriça com o Uruguai antecede, extrapola e supera o ritmo do processo de integração no âmbito do Mercosul, sem competir com ele ou contradizê-lo”⁹. Assim, o estudo das características, potencialidades e institucionalidades dessa peculiar fronteira nacional mostra-se de grande relevância como instrumento fortalecedor do bloco regional, servindo a região como verdadeiro “laboratório” do Mercosul.

Nesse contexto social único, a saúde pública, a exemplo de toda atividade humana da região da fronteira, é objeto de características e problemáticas peculiares. Infelizmente, grande parte das questões se origina nas condições de precariedade e carência do atendimento público de saúde na zona de fronteira, situação corriqueira na grande parte das localidades fronteiriças, em especial aquelas mais distantes de capitais ou grandes centros urbanos.¹⁰

Assim, destacam-se duas situações peculiares na área de saúde na fronteira Brasil – Uruguai: o atendimento a estrangeiros pelo Sistema Único de Saúde e a prestação de serviço médico por profissionais uruguaios em território nacional.

3 O ATENDIMENTO A ESTRANGEIROS PELO SUS. SIS-FRONTEIRAS

Ao contrário do Brasil, o sistema de saúde uruguaio não é universal. No Uruguai, a universalidade aplica-se somente a casos de urgência e

8 PUCCI, op. cit., p. 84: O turista brasileiro que, caminhando pela rua dos Andradas, em Santana do Livramento, cruza a Praça Internacional e adentra a avenida Sarandi, na vizinha Rivera, mal percebe que cruzou a fronteira. [...] Compreendido em seu idioma, ou em “portunhol”, sobe no ônibus e pode pagar em reais, se quiser. Em meio aos pedestres, sente dificuldade em discernir seus compatriotas dos demais: os traços físicos, a indumentária, o hábito de tomar mate, o gosto pelo assado confundem-nos num só elemento humano, o *gaucho*.

Nesta e nas outras cinco cidades gêmeas da fronteira uruguaio-brasileira, laços históricos, políticos, familiares, econômicos e culturais, anteriores à própria independência dos países, contribuíram para formar uma linha de união ao longo de mais de mil quilômetros de limites e para urdir a percepção do compartilhamento de um espaço social construído historicamente.

9 PUCCI, op. cit., p. 71.

10 PUCCI, op. cit., p. 20, salienta a singularidade da realidade da fronteira e dispensa a comparação com modelos europeus: “se a integração fronteiriça Europeia tende a ser facilitada ou estimulada pelo alto grau de desenvolvimento e dinamismo das regiões Europeias, pode-se dizer que, com signo inverso, a cooperação em zonas de fronteira brasileira tende a ser estimulada pelas condições de relativa carência econômica e social”.

emergência, por meio de um “carnê de saúde pública” outorgado com diferentes categorizações de gratuidade (carnet de asistencia gratuita), em atenção a determinados critérios indicativos de pobreza. Já o trabalhador assalariado, que contribui para a previdência social, é encaminhado para a rede privada. Os hospitais públicos atendem prioritariamente à clientela de baixa renda portadora dos carnês.¹¹

Assim, com considerável frequência, constata-se a procura de atendimento médico prestado pelo SUS nas cidades fronteiriças brasileiras por cidadãos uruguaios, em especial os serviços de hematologia, vacinas, cardiologia, dependência química e oncologia, bem como o fornecimento de medicamentos. A busca pelo atendimento à saúde no Brasil se deve também à crise econômica por que vem passando o Uruguai; isso se expressa no valor do salário uruaio, que é mais baixo que o salário mínimo brasileiro.¹²

Contudo, a demanda gera implicações nos planos político, financeiro e administrativo. Os usuários estrangeiros que utilizam o SUS se constituem em uma população transitória não contabilizada pelos órgãos oficiais, interferindo consideravelmente no financiamento da política de saúde dos Municípios fronteiriços, que tem o aporte de recursos fornecidos com base no número de habitantes. Assim, o repasse dos recursos é realizado desconsiderando o número de estrangeiros que buscam assistência à saúde no Brasil. Ademais, a população flutuante estrangeira interfere também no conhecimento real dos indicadores sociais e de saúde dos Municípios, que sofrem alteração em razão da mobilidade frequente desta população.¹³

Por fim, o acesso ao SUS esbarra na falta de regulamentação acerca do direito e/ou à extensão da integralidade do atendimento à saúde ao estrangeiro. Se inexistem dúvidas acerca do direito ao atendimento médico ao não-nacional residente no país (CF, art. 5º, caput), não há consenso jurídico e político acerca do direito ao atendimento de estrangeiros não

11 “O Uruguai define que todos os habitantes possuem direito à cobertura da atenção médica; no entanto, o Estado garante e responsabiliza-se pela atenção gratuita da saúde somente aos indigentes e carentes, restringindo assim o direito à saúde financiada com fundos públicos aos segmentos vulneráveis da população, conforme estabelecido no artigo 44 da Constituição daquele país: “Artículo 44.- *El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes*”. DAL PRÁ, Keli Regina. *Transpando Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na Garantia do Acesso à Saúde no Mercosul* (dissertação). Porto Alegre: PUCRS, 2006. 198p, p.106-109.

12 DAL PRÁ, op. cit., p. 155.

13 DAL PRÁ, op. cit., p. 157.

residentes. A ausência de regulamentação acaba por ensejar diversidade de entendimentos por parte dos gestores municipais de saúde no sentido de prover ou não o atendimento médico à população estrangeira.¹⁴ Em 40% dos Municípios que fazem fronteira com o Uruguai, por exemplo, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando-se o retorno ao país de origem após o primeiro atendimento.¹⁵

Tais situações ensejam diversas estratégias de “inclusão” no sistema de saúde brasileiro por parte dos usuários estrangeiros, muitas vezes totalmente fraudulentas, de acordo com as exigências burocráticas da documentação exigida para a prestação do atendimento em cada Município fronteiriço (apresentação de carteira de identidade e/ou comprovante de residência). Como exemplos, citam-se o “empréstimo” de documentos, com a utilização da rede familiar, apresentando-se o comprovante de endereço de parentes ou amigos residentes no Brasil por ocasião do atendimento.

Como tentativa de institucionalização da questão, foi criado em julho de 2005 pela Portaria GM nº 1.120, de 06/07/2005 do Ministério da Saúde, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS

14 “As práticas políticas, em alguns municípios, mantêm um padrão personalista e patrimonialista, com a oferta dos serviços e ações de saúde aos não brasileiros fundamentadas em critérios que se afastam das necessidades de saúde, diversos de região para região e mesmo de município para município. Tais procedimentos se repõem ao longo da linha de fronteira, ocasionando uma atenção desigual e perversa em alguns casos. Os usuários não brasileiros utilizam estratégias arriscadas para acesso ao sistema como, por exemplo, aguardar o agravamento da doença para o ingresso como emergência, quando o atendimento é sempre realizado.” NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. *A Diversidade Ética e Política na Fruição do Direito à Saúde nos Municípios Brasileiros na Linha de Fronteira do Mercosul*. Cadernos de saúde pública (online), v. 23, supl. 2, 2007, acesso em: set. 2014. Disponível em: < http://http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>.

15 Naturalmente, há demanda de serviços de saúde no também no sentido inverso, como exemplifica PUCCI: Em novembro de 2006, obstetras da Santa Casa de Livramento iniciaram uma greve que durou catorze dias. Para as parturientes santanenses, que não encontravam atendimento em sua cidade, a solução ortodoxa seria viajar até Rosário do Sul, a 100 km de Livramento, onde o hospital do SUS está frequentemente superlotado; a alternativa heterodoxa seria recorrer ao hospital de Rivera, com taxa de ocupação de leitos de apenas 65% a meros 3 km de distância, mas do outro lado da fronteira. Prevaleceu a racionalidade: durante as duas semanas de greve, cerca de quarenta crianças brasileiras nasceram no hospital de Rivera, graças a um “acordo emergencial” entre os dois hospitais, que permitiu às parturientes brasileiras serem atendidas do lado uruguaio, como se contribuíssem para a previdência deste país. Os bebês foram finalmente registrados no Brasil, tendo sido dispensada a legalização consular nesse caso. O exemplo da Santa Casa de Livramento é apenas mais um, embora talvez o mais patente, das contradições na linha de fronteira. MORAES e COSTA apud GALLO (2004, p. 44) ilustram essa surreal disjunção entre norma e realidade [.,.]:

“Um triste exemplo desta realidade refere-se à existência de dez pacientes residentes no município de Quaraí- RS e dependentes de hemodiálise, que têm de viajar 120km até Santana do Livramento, três vezes por semana, para receber tratamento. Fora o desconforto que este procedimento gera para o paciente, é fácil observar que, nesta rotina de tratamento, este cidadão é impossibilitado de trabalhar e acaba marginalizado da vida sociocultural da comunidade. Uma solução racional seria que estes mesmos dez pacientes atravessassem a ponte que leva a Artigas, no Uruguai, onde o mesmo tratamento está disponível. Neste caso, o deslocamento tomaria dez minutos da vida de cada um destes pacientes.”

FRONTEIRAS), um projeto de integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças do Brasil¹⁶.

O objetivo principal é contribuir para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, estimulando o planejamento e a implantação de ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países que compartilham fronteiras entre si.

Em que pese a medida seja recente e em fase de progressiva implementação, a questão da saúde pública na região da fronteira Brasil-Uruguai encontra ainda fortes empecilhos atrelados ao desenvolvimento do processo de harmonização de sistemas, como a compensação financeira, bases de dados compartilhadas e definição do controle de acesso.

Não obstante, a iniciativa possibilitou o fortalecimento da temática, ensejando a celebração do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008.

4 O AJUSTE COMPLEMENTAR AO ACORDO PARA PERMISSÃO DE RESIDÊNCIA, ESTUDO E TRABALHO A NACIONAIS FRONTEIRIÇOS BRASILEIROS E URUGUAIOS, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 2004, entrou em vigor no Brasil o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, internado no ordenamento jurídico

16 PORTARIA Nº 1.120/GM DE 6 DE JULHO DE 2005.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a necessidade de consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito da área de fronteiras;

Considerando a necessidade de avaliar as ações compartilhadas na área de saúde no âmbito das fronteiras; Considerando a necessidade de desenvolver um sistema de informação como suporte para um sistema de cooperação; e

Considerando a necessidade de mobilizar os gestores da área de fronteira para definição e implementação de um sistema de cooperação em rede,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras, sistema este destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, com os seguintes objetivos:

I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde;

II - verificar as demandas e a capacidade instalada;

III - identificar os fluxos de assistência;

IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial;

V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e

VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros. [...]

brasileiro por meio do Decreto Legislativo nº 907/2003 e promulgado por meio do Decreto nº 5.105/2004.

Esse acordo assegurou o direito ao cidadão fronteiriço, brasileiro e uruguaio, de residir, estudar e trabalhar na respectiva localidade alienígena fronteiriça vinculada, nos limites das localidades vinculadas listadas no anexo do diploma binacional, quais sejam: Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julio, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai); Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai); Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai); Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai); Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai); Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

O referido acordo foi objeto do Ajuste Complementar para Prestação de Serviços de Saúde promulgado pelo Decreto nº 7.239, de 26/07/2010. Tal ajuste, considerando a legislação e a organização dos Sistemas de Saúde de ambos os países, buscando amparar o intercâmbio já existente na prestação de serviços de saúde humana na região fronteiriça, e destacando a importância de consolidar soluções por meio de instrumentos jurídicos que facilitem o acesso dos cidadãos fronteiriços aos serviços de saúde, nos dois lados da fronteira, autorizou às pessoas jurídicas brasileiras e uruguaias contratarem serviços de saúde humana, em uma das Localidades Vinculadas, de acordo com os Sistemas de Saúde de cada Estado.

A prestação de serviços poderá ser feita tanto pelos respectivos sistemas públicos de saúde quanto por meio de contratos celebrados entre pessoa jurídica como contratante, de um lado, e pessoa física ou pessoa jurídica como contratada, de outro, tanto de direito público quanto de direito privado, tendo por objeto serviços de caráter preventivo; de diagnóstico; clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado; cirúrgicos, inclusive tratamento de caráter continuado; internações clínicas e cirúrgicas; e atenção de urgência e emergência.

Em seu art. 4º, o Ajuste Complementar autoriza a compensação recíproca de prestação de serviços de saúde como forma de pagamento, vedando a cessão de materiais utilizados em serviços de saúde humana, tais como medicamentos e insumos, vacinas, hemoderivados e materiais clínicos ou cirúrgicos, como forma de pagamento. Permite, ainda, a livre circulação de veículos na prestação de serviços, tais como ambulâncias, em zonas urbanas, suburbanas e rurais das Localidades Vinculadas, em ambos os lados da fronteira, sempre que devidamente identificados (art. 5º).

Os efeitos concretos do ajuste complementar foram imediatos no que diz com a segurança jurídica na contratação de profissionais de saúde uruguaios para a atuação em hospitais públicos brasileiros das

idades fronteiriças, onde há enorme dificuldade, em razão da baixa remuneração, de contratação de profissionais de saúde brasileiros.

Tal situação, contudo, sofreu forte oposição dos órgãos de classe, tendo o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS ajuizado a Ação Civil Pública nº 5001429-38.2010.404.7106/RS contra a Fundação Hospital de Caridade de Quaraí, RS, e quatro médicos uruguaios contratados pelo hospital, requerendo a suspensão do exercício das atividades profissionais desses médicos no hospital, ao argumento da inexistência de revalidação dos correspondentes diplomas em universidades brasileiras e da ausência de inscrição no CREMERS;(b) a imposição ao hospital do dever de rescindir os contratos existentes e de não contratar médicos uruguaios; e, ainda, (c) a imposição aos médicos réus do dever de não exercer a medicina em território brasileiro.

A Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento, por sua vez, ajuizou a Ação Ordinária nº 5000574-25.2011.404.7106/RS contra o CREMERS visando ao reconhecimento da legitimidade da contratação de médicos de cidadania uruguaia residentes em Rivera nos moldes do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios para Prestação de Serviços de Saúde.

Ambas as ações, propostas perante a 1ª Vara Federal de Santana do Livramento/RS, foram julgadas no sentido de assegurar a contratação dos profissionais de saúde, tendo sido confirmadas pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região¹⁷. O juiz sentenciante entendeu que:

17 ADMINISTRATIVO. ACORDOS INTERNACIONAIS. SERVIÇOS MÉDICOS. BRASILE URUGUAI. CIDADES FRONTEIRIÇAS. PROFISSIONAIS URUGUAIOS. VIABILIDADE. REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA. INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. INEXIGIBILIDADE. [...] 1. Através do Decreto n. 5.105/2004, foi firmado o “Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para pesquisa de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios”. 2. Por sua vez, o Decreto n. 7.239/2010 promulgou o “Ajuste Complementar ao acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios para Prestação de Serviços de Saúde”, do qual se depreende a permissão de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas localidades vinculadas ao Anexo do já referido Decreto n. 5.105/2004. 3. Diante do quadro, inexistente qualquer óbice ao exercício da atividade médica por profissionais uruguaios, no Brasil, em municípios fronteiriços especificados nos diplomas mencionados, porquanto devidamente amparado por acordos internacionais vigentes. 4. Os pactos internacionais firmados entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai visam a viabilizar a prestação de serviços médicos em localidades afastadas dos grandes centros urbanos (sobretudo das capitais dos Estados federados brasileiros ou dos distritos uruguaios). Esse elemento fático-estrutural não pode ser sonogado pelo intérprete dos textos internalizados através dos Decretos Presidenciais destacados. 5. Por fim, a ausência de revalidação do diploma obtido no estrangeiro, bem como de inscrição no Conselho Profissional competente, não tem o condão de afastar as regras inseridas no ordenamento jurídico por acordo internacional. [...] (TRF4, AC 5000574-25.2011.404.7106, Terceira Turma, Relator p/ Acórdão Fernando Quadros da Silva, juntado aos autos em 31/07/2014).

[...] o ajuste complementar ao acordo, recepcionado grau de lei ordinária, é norma especial relativa à “prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas Localidades Vinculadas”, abrangendo, portanto, o exercício da medicina, e, por ser norma especial especificada para essa seara laboral nessas localidades, sobrepõe-se à norma especial relativa ao exercício da medicina no Brasil (Lei nº 3.268/1957) nos específicos pontos que disciplina, por ser mais recente e especial para as localidades vinculadas. Ainda, por ser norma intergovernamental especial direcionada a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, sobrepõe-se à norma especial que regula a situação do estrangeiro no Brasil (Estatuto do Estrangeiro, Lei nº 6.815/1980) no que tange ao estrangeiro uruguaio fronteiriço, também nos específicos pontos que disciplina.

O termo fronteiriço aqui utilizado refere-se estritamente aos nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios beneficiados pelo referido acordo, promulgado no Brasil em 2004, e pelo seu ajuste complementar, promulgado em 2010, conforme o rol das localidades vinculadas.

Portanto, a prestação de serviços de saúde humana, no Brasil, por estrangeiro uruguaio fronteiriço, específica e unicamente nas localidades vinculadas, não mais se regula exclusivamente pela Lei nº 3.268/1957, que disciplina o exercício da medicina no Brasil, e pela Lei nº 6.815/1980, que regula a situação do estrangeiro no Brasil, mas tem nova disciplina própria nos específicos pontos dispostos pelo ajuste complementar, obviamente desde que esteja o médico uruguaio devidamente habilitado nos termos da pertinente legislação uruguaia, que esteja munido do pertinente documento de fronteiriço (carteira de fronteiriço) previsto no acordo e, também, que a prestação de serviços ocorra nos limites da localidade vinculada.

Relevante registrar que nossa forte jurisprudência no sentido de que o exercício profissional no Brasil por estrangeiros deve ser antecedido necessariamente pela revalidação do diploma em universidade nacional e pela inscrição no correspondente conselho profissional não é pertinente a este caso, pois a questão ora tratada é notadamente nova, posta no ordenamento jurídico nacional somente a partir da edição do Decreto nº 7.239, em 26.07.2010,

e é matéria peculiar exclusivamente à fronteira Brasil/Uruguai, não sendo aplicável a outros Municípios do Brasil não alcançadas pelo tratado.

A judicialização da questão refletiu-se também na Ação Ordinária nº 5002090-12.2013.404.7106/RS, proposta pelo Município de Quaraí contra estabelecimentos farmacêuticos que se recusavam a aceitar as receitas médicas expedidas por profissionais médicos uruguaios que mantinham contrato de prestação de serviços com o Município.

Na decisão que deferiu a liminar, o juiz federal asseverou que:

[...] o fornecimento de medicamentos prescritos por médicos uruguaios que se enquadram na situação fática acima descrita é uma questão estritamente vinculada ao eficaz exercício profissional, cuja legalidade está estampada nos acordos firmados entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai e, mais do que isso, amparada na decisão judicial antes referida.

Nesse passo, eventual recusa no fornecimento de medicamentos prescritos por esses profissionais, tão-somente pelo fato de serem estrangeiros sem registro no Conselho Regional de Medicina, configura um ato obstativo ao regular exercício profissional e, conseqüentemente, é um ato ilegal, pois indiretamente viola acordos internacionais (já referidos) legitimamente internalizados no nosso ordenamento jurídico.

A discussão jurídica acerca da necessidade da revalidação dos diplomas e do registro nos respectivos conselhos de classe restou ainda mais acirrada com a instituição do Programa Mais Médicos para o Brasil, pela MP nº 621/2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013. Esta legislação, em seu art. 16 e § 2º, dispensa expressamente os médicos estrangeiros participantes do programa da revalidação do diploma e da inscrição no Conselho Regional de Medicina (ao contrário do Ajuste Complementar, que estabelece, em seu artigo 3º, que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde de cada Estado, podendo, portanto, ensejar interpretação diversa).

Contudo, é de se salientar que, por força do artigo 5º, parágrafo 2º, da Constituição Federal, o referido Ajuste Complementar incorpora o conteúdo de direito fundamental à saúde dos cidadãos fronteiriços. Assim, o processo de aplicação e integração das normas

introduzidas pelo referido Ajuste deve considerar tal status como norteador para a solução de eventuais conflitos.¹⁸

5 CONCLUSÕES

O direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, e portanto, qualificado indiretamente como um direito fundamental, com aplicação imediata, encontrando-se sujeito à cláusula geral de abertura prevista no § 2º do artigo 5º da Constituição, que estabelece que “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.” Referido dispositivo assegura, de forma ampla, a possibilidade de alargamento das medidas assecuratórias de direitos fundamentais que venham a ser estabelecidas em tratados internacionais firmados pelo Brasil, que podem ser tanto de natureza judicial como administrativa.

Examina-se o direito à saúde em sua vertente positiva, prestacional, que impõe ao Estado a atuação concreta na realização do direito constitucionalmente assegurado. As ações e serviços públicos de saúde no Brasil integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que veio a ser regulamentado pela Lei nº 8.080/90.

A histórica relação do Brasil com o Uruguai em termos político-econômicos, aliada à singularidade geográfica da região de fronteira, sem barreiras físicas à interação humana, possibilitou o surgimento de uma autêntica comunidade fronteiriça, em que os limites de nacionalidade tornaram-se progressivamente mais fluidos.

Com considerável frequência, constata-se a procura de atendimento médico prestado pelo SUS nas cidades fronteiriças brasileiras por cidadãos uruguaios, que não dispõem de um serviço de saúde de acesso universal. Tal

18 Em especial considerando a dificuldade de se conferir eficácia concreta aos direitos fundamentais veiculados por tratados internacionais. Nos dizeres de PUCCI, op. cit., p.180: Esse déficit de cidadania é multicausal. Pode resultar do apego inicial a normas obsoletas, em reação ao novo paradigma de fronteiras articulantes da era Mercosul. Pode advir, ademais, do corrente (mas tão daninho) cacoeite burocrático, de interpretar restritivamente leis que tornem mais permeável a fronteira para os habitantes dessa região, pela falta de compreensão da mente do fronteiriço, que não reconhece, de forma alguma, na pluralidade de opções – de estudo, consumo, trabalho, residência, lazer, vinculação familiar – uma deslealdade ao Estado, com efeito corrosivo sobre a soberania. A defasagem pode, ainda, resultar de uma visão míope da legalidade, que desconhece a noção de equidade, para adotar de forma generalizada a lógica nacional, across the board, sem o devido reconhecimento das especificidades das regiões lindeiras, discriminando, conseqüentemente, as populações de fronteira, cerceadas em sua mobilidade e sujeitas a uma capitis diminutio no exercício de seus direitos mais básicos, como são os de acesso à saúde e a oportunidades de trabalho. A cidadania pode ser tolhida, finalmente, pela proliferação de normas superpostas, ou então carentes de regulamentação e ipso facto inaplicáveis; direitos outorgados no papel, mas inexequíveis na prática, para enorme frustração de seus alegados beneficiários.

demanda gera implicações nos planos político, financeiro e administrativo. Os usuários estrangeiros que utilizam o SUS se constituem em uma população transitória não contabilizada pelos órgãos oficiais, interferindo consideravelmente no financiamento da política de saúde dos Municípios fronteiriços, que tem o aporte de recursos fornecidos com base no número de habitantes. Assim, o repasse dos recursos é realizado desconsiderando o número de estrangeiros que buscam assistência à saúde no Brasil.

Por fim, o acesso ao SUS esbarra na falta de regulamentação acerca do direito e/ou à extensão da integralidade do atendimento à saúde ao estrangeiro. A ausência de regulamentação acaba por ensejar diversidade de entendimentos por parte dos gestores municipais de saúde no sentido de prover ou não o atendimento médico à população estrangeira. Verifica-se que, administrativamente, o Estado brasileiro vem buscando instrumentalizar o direito à saúde na região da fronteira Brasil – Uruguai por meio do Programa SIS-Fronteiras. Tal louvável iniciativa deverá ser consolidada por meio de legislação que especifique e determine o conteúdo e a extensão do direito ao atendimento pelo SUS ao estrangeiro não residente em território nacional, sob pena de que a ausência normativa dê azo à utilização indevida e/ou política do exercício do direito fundamental à saúde.

Por seu turno, o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios para Prestação de Serviços de Saúde, promulgado por meio do Decreto nº 7.239, de 26.07.2010, veio a possibilitar a contratação de prestação de serviços de saúde humana por pessoas jurídicas de direito público e privado nas localidades vinculadas previstas no Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios (Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julio, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai); Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai); Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai); Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai); Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai); Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

Os efeitos concretos do ajuste complementar foram imediatos no que diz com a segurança jurídica na contratação de profissionais de saúde uruguaios para a atuação em hospitais públicos brasileiros das cidades fronteiriças, onde há enorme dificuldade, em razão da baixa remuneração, de contratação de profissionais de saúde brasileiros.

Tal situação, contudo, sofreu forte oposição dos órgãos de classe, que ajuizaram ações visando à invalidação das contratações, defendendo a necessidade da revalidação dos diplomas e do registro nos respectivos conselhos de classe. As ações foram julgadas improcedentes nos dois graus de jurisdição, ao fundamento de que o ajuste complementar ao acordo, recepcionado grau

de lei ordinária, é norma especial relativa à “prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas Localidades Vinculadas”, abrangendo, portanto, o exercício da medicina, e, por ser norma especial especificada para essa seara laboral nessas localidades, sobrepõe-se à norma especial relativa ao exercício da medicina no Brasil.

É de se salientar que, por força do artigo 5º, parágrafo 2º, da Constituição Federal, o referido Ajuste Complementar incorpora o conteúdo de direito fundamental à saúde dos cidadãos fronteiriços. Assim, o processo de aplicação e integração das normas introduzidas pelo referido Ajuste deve considerar tal status como norteador para a solução de eventuais conflitos.

REFERÊNCIAS

DAL PRÁ, Keli Regina. *Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na Garantia do Acesso à Saúde no Mercosul* (dissertação). Porto Alegre: PUCRS, 2006.

KRIEGER, Belmiro Tadeu Nascimento. Garantia fundamental ao direito fundamental à saúde: implementação por acordo (Brasil – Uruguai). Porto Alegre: *Revista de Doutrina da 4ª Região*, n. 59, abr. 2014. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao059/Belmiro_Krieger.html>. Acesso em: 24 set. 2014.

MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A Diversidade Ética e Política na Fruição do Direito à Saúde nos Municípios Brasileiros na Linha de Fronteira do Mercosul. *Cadernos de saúde pública (online)*, v. 23, supl. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=en&nr m=iso&tlng=pt>. acesso em: set. 2014.

PUCCI, Adriano Silva. *O Estatuto da Fronteira Brasil – Uruguai*. Brasília: FUNAD, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Algumas Considerações Sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988 (online)*. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em: set. 2014.